Aus der Nervenklinik der Universität Tübingen
Vorstand: Professor Dr. Gaupp

Erfolge der Dauerschlafbehandlung

Bericht über 40 Fälle der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1930—1935

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe
einer Hohen Medizinischen Fakultät der
Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen

vorgelegt von

Maria Verhülsdonk

aus Uedem (Kreis Kleve)

1937

DRUCK: HEINRICH PÖPPINGHAUS, o. H.-G., B.-LANGENDREER

Dekan: Prof. Dr. Hermann D o l d.
Berichterstatter: Prof. Dr. Robert G a u p p.

Zum Druck genehmigt von der Medizinischen Fakultät Tübingen.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MEINEN ELTERN GEWIDMET!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0039

In dem Maße, wie die moderne Psychiatrie die alten Zwangsmittel: Zelle, Jacke, Kastenbett, Decknetz aufgab, wurde die Behandlung der Erregungszustände mit Bädern und Medikamenten erweitert und vervollkommnet. Aber heute noch stößt man selbst in psychiatrischen Kreisen mit der Therapie der Psychosen auf Voreingenommenheit. Müller sagt, daß „die Therapie der Geisteskrankheiten eben mit Schwierigkeiten zu kämpfen hat, die der Behandlung somatischer Krankheiten zum größten Teile fremd sind, und die verwurzelt sind im besonderen Charakter des geistesgestörten Menschen als Objekt der Behandlung und in unserer unvollkommenen Erkenntnis des Wesens der zu behandelnden Krankheiten". Die medikamentöse Behandlung der psychischen Erregungszustände war zuerst ausschließlich eine rein symptomatische. Für kurze Zeit, bisweilen nur für eine Nacht, wurde die Erregung kupiert. Daneben wurde aber auch schon versucht, durch Schaffung einer länger dauernden Ruhe erregter Kranker kausal auf die Psychose einzuwirken. So versuchte als erster im Jahre 1901 Wolff-Katzenellenbogen mit Trional diese Ruhe in Form eines Dauerschlafes hervorzurufen. Seine Methode fand aber, wohl wegen der Gefährlichkeit des angewandten Mittels, keinen Anklang. Annähernd 20 Jahre später, im Jahre 1920, wurde das Problem der Dauerschlaftherapie von Kläsi in der Bleulerschen Klinik von neuem aufgegriffen und ausgebaut; und seitdem ist diese Therapie eine unentbehrliche Behandlungsweise des Psychiaters. Kläsi war es auch, der als erster versuchte, dieser Art Therapie ein theoretisches Fundament zu geben.

Folgende zwei Überlegungen dienten ihm dabei als Grundlage:

1.) er nahm, nach der Hypothese Cloettas, des Pharmakologen in Zürich („Heilung entzündlicher Vorgänge durch Anaesthesierung des Gewebes") an, einen solchen Erfolg auch bei Aufregungszuständen durch Ruhigstellung des Gehirns erzielen zu können. Da die „bei den Affektausbrüchen produzierten Entäußerungen wieder zentripetal reflektiert werden und als neuer Reiz wirken," ebenso wie die Hindernisse, auf die der Kranke stößt, steigert dieser sich in immer größere Erregung hinein. Der Dauerschlaf soll nun diesen Circulus vitiosus ausschalten, die Hindernisse beseitigen, die Erregung hemmen und das Intervall zwischen zwei Agitationen zum mindesten verlängern. Kläsi bezeichnet den Dauerschlaf als Dämmerschlaf. Er nimmt hierbei an, der durch das Dauerhypnotikum hervorgerufene Schlaf erreiche

nur eine solche Tiefe, daß während der Kur noch ein psychischer Kontakt mit dem Kranken möglich sei. Es handelt sich nach Kläsi also um einen medikamentösen Dämmerzustand.

2.) glaubte Kläsi, daß als weiteres Fundament einer konsequenten Dauerschlafbehandlung eine entsprechende „Psychotherapie" einsetzen müsse, der durch eine während der Kur entstehende körperliche Hinfälligkeit, Hilfs- und gesteigerte Anlehnungsbedürftigkeit der Kranken, ferner durch die gleichzeitig entstehende bessere Rapport- und Kontaktfähigkeit der Patienten ein günstiger Boden bereitet würde.

Aus der gründlichen Formulierung des 2. Punktes bei Kläsis theoretischen Ausführungen geht wohl hervor, daß der Schöpfer des Dauerschlafes als Behandlungsmethode den Hauptwert seiner ärztlichen Beeinflussung auf die während des Dauerschlafes (Dämmerschlafes) auszuübende Psychotherapie legt; daß für ihn die Einleitung der Schlafkur, mit anderen Worten, lediglich Mittel zum Zweck ist, um die Basis zu schaffen, auf der im einzelnen Erkrankungsfall eine psychische Beeinflussung überhaupt erst ermöglicht wird. Kläsi hat gleichzeitig zahlreiche, mit Erfolg durchgeführte Kuren mitgeteilt, die er dazu noch an Formen der allgemein schwerst zugänglichen Psychose, der Schizophrenie, erprobte. Seine Überlegungen und Ergebnisse wurden allseitig interessiert aufgegriffen; eine negative Beurteilung haben sie von Anfang an nirgends ernstlich erfahren. Darüber waren aber recht bald die Meinungen verschieden, ob der Psychotherapie w ä h r e n d einer Schlafkur wirklich ein solch bessernder Wert beigemessen werden könne, wie Kläsi ihn annahm. Die meisten Autoren (S c h ä f g e n, F u r r e r u. a.) bestritten nach entsprechenden Untersuchungen sogar jede Möglichkeit einer erfolgverheißenden psychischen Beeinflussung w ä h r e n d der Kur und behaupteten, daß der Dauerschlaf k e i n Dämmerzustand, sondern ein tiefer, fester Schlaf sei, in dem man keinen Rapport mit dem Kranken erreichen könne, ferner, daß die Wirkung der Schlafkur eine erst n a c h h e r erkennbare, rein symptomatisch-somatische sei und allein in der mechanisch-therapeutischen „Umstimmung der Persönlichkeit" gipfele. Diese Anschauung kristallisierte sich im Laufe der Jahre dahin, daß der sich noch deutlich an die Psychopathologie anlehnende Begriff „Umstimmung der Persönlichkeit" eindeutig durch „Umstimmung des Organismus" (W u t h, M ü l l e r) ersetzt wurde, und daß damit d i e Richtung in der therapeutischen Psychiatrie feststand, die in der Schlafbehandlung allein die pharmakologische Wirkung auf den Körper des psychisch Erkrankten sah. Müller begründete neuerdings diese Anschauung genauer und führte für sie als exakten Beleg die Befunde an, die Wuth im Blut von Dauerschlafpatienten erhob.

Müller warnt aber jeden Therapeuten davor, sich einseitig in dieser Richtung festzulegen.

Die beiden anderen Auffassungen, die nach seiner Meinung weiterhin mit gleicher Überzeugung vertreten werden können, fußen gedanklich auf den oben bereits erwähnten Überlegungen Cloetta's (psychophysiologische Richtung) und den psychiatrisch-theoretischen Folgerungen Kläsis (psychologische Richtung). In deren Sinn allerdings die Wirkung einer Schlafkur festzustellen, genauestens nachzuweisen und glaubhaft zu machen, ist selbstredend schwieriger, als den Effekt eines Medikamentes aufzuzeigen, das lediglich körperlich einwirken soll.

Müller fordert nun mit Recht eine Dauerschlafbehandlung, die Körper u n d Psyche in gleicher Weise berücksichtigt. Diese Auffassung entspricht zunächst einmal nach nun 15jähriger, klärender Vorarbeit dem derzeitigen Stand therapeutischer Forschung und Erfahrung in der Psychiatrie. Ferner muß der Psychiater stets wissen, daß er endogen, exogen oder — meist — auf beide Arten erschütterte Psychen aufzurichten hat, und daß er ärztlich nicht konsequent handelt, wenn er durch eine Therapie, die doch helfen soll, neben einer zerrütteten Psyche noch den Körper d a z u erschüttert und damit das somatopsychische Bild verschlechtert. Setzt der Therapeut aber den körperlichen Insult, um endlich Eingang zu finden in die schwer veränderte Seele des ihm anvertrauten Kranken, dann ist die Behandlungsweise nicht allein gerechtfertigt, sondern vielmehr, und so will es auch Müller verstanden wissen, gefordert. Um es anders zu formulieren: Die rechte Dauerschlafbehandlung setzt sich aus zwei therapeutischen Handlungen zusammen. Die e r s t e, die Schlafkur im engeren Sinne, dient gleichsam zur A u f l o c k e r u n g der krankhaften Psyche durch einen medikamentösen Eingriff in den Organismus des Kranken, speziell das Gehirn. Die z w e i t e, und u. E. wichtigere, liegt in der psychotherapeutischen Auswertung der durch die Kur umgestimmten, bzw. aufgeschlossenen psychischen Verfassung des Kranken. Es ist klar, daß man weitere zu Gebote stehende Mittel geeignet miteinschalten muß, die den Patienten nicht wieder in den früheren Zustand zurückfallen lassen. In erster Linie werden hier entsprechende arbeitstherapeutische Maßnahmen anzuwenden sein.

An der hiesigen Klinik wurde die Dauerschlaftherapie 1930 eingeführt. Es ist das verhältnismäßig spät und geschah vielleicht aus dem Grunde, um erst einmal den allgemeinen Erfolg der Schlafbehandlung abzuwarten.

Seit der Zeit sind auf der Frauenseite 40 Kuren bis zu Ende durchgeführt worden.

Ein bestimmter, zwingender Grund, aus dem heraus an unserer Klinik gar nicht erst Somnifen, das Kläsi erfolgreich bei seinem Dauerschlaf (Dämmerschlaf) gebrauchte, in Anwendung kam, sondern Avertin und später Paraldehyd, ist nicht vorhanden. Es ist aber zu beachten, daß bei uns 1930, auf Grund der eingehenden Untersuchungen Müllers, der bei Somnifen-Dauerschlaf 1925 bereits eine Mortalität von 5% feststellte, die Verwendbarkeit dieses Mittels in hohen Dosen stark in Zweifel gezogen wurde. Auch nach Enke und Westphal stellte sich bald heraus, daß lebensbedrohende Komplikationen zu häufig waren, um die Somnifenkur restlos einzubürgern. Schäfgen sagt, „eine ganze Anzahl Autoren (Dumole, Furrer, Gans, Gjessing und Lingjaerde, Strauß, Stuurmann, Wyler) haben zwar über günstige Behandlungsergebnisse berichtet, aber die bisherigen Erfolge sind sehr problematischer Natur, denn die neue Behandlungsmethode Kläsis hat sich als ein äußerst gefährlicher Eingriff erwiesen. Trotz aller während der Kur geübten Vorsichtsmaßregeln ist sie oft mit schweren Komplikationen verbunden, die vielfach lebensbedrohend sind und in einer größeren Anzahl von Fällen zum Tode geführt haben."

Wir begannen daher die Dauerschlafbehandlung mit Avertin. Avertin ist ein Rektalnarkotikum. Es wurde zuerst von Willstätter und W. Duisberg hergestellt und pharmakologisch von F. Eichholz studiert. Er führte Tierversuche aus und fand, daß Avertin, rektal gegeben, eine tiefe, anscheinend ungefährliche Narkose hervorrief, und daß dieses Mittel, im Vergleich zu einigen Hundert anderen untersuchten Schlafmitteln die größte Narkosebreite besitzt. Seiner chemischen Zusammensetzung nach ist Avertin Tribromäthylalkohol: $CBr_3 \cdot CH_2OH$. Es löst sich nach Poulsson in Wasser von 35 bis 45 Grad. Diese Lösungstemperatur darf auf keinen Fall überschritten werden, da sich sonst, unter Abspaltung von Bromwasserstoff, Dibromacetaldehyd bildet: $CBr_3 \cdot CH_2OH$ gibt $CHBr_2 \cdot CHO + HBr$, das schon in ganz geringen Mengen stark reizend auf die Darmschleimhaut wirkt und schwere Schäden hervorruft. Das so entstehende Dibromacetaldehyd ist, wie Izikowitz schreibt, „äquivalent dem freiwerdenden Bromwasserstoff", und deshalb kann die Spaltung leicht nachgewiesen werden durch Prüfung auf Wasserstoffionen. Vor jedem Gebrauch muß die Lösung, die mit orangeroter Farbe neutral reagiert, mit Kongorot nachgeprüft werden. Nach Straub wird das Avertin außerordentlich rasch von der Darmschleimhaut resorbiert, in etwa ½ Stunde soll es restlos aufgenommen werden. Die Ausscheidung geht sehr langsam vor sich. Nach Poulsson ist der größte Teil im Laufe von 12 Stunden im Urin ausgeschieden.

Von psychiatrischer Seite ist Avertin von Blume, Sioli und Neustadt ausprobiert worden. Sie schreiben diesem Mittel eine ganz besonders prompte und sichere Wirkung auch bei schwersten Erregungszuständen zu und finden, daß es einen „tiefen" Schlaf erzeugt. Izikowitz charakterisiert den Avertinschlaf folgendermaßen: Nach einer kürzeren oder längeren Einschlafzeit verfallen die Patienten in einen tiefen Schlaf, den sog. „Initialschlaf", wachen danach für eine kurze Zeit auf, das „wache Intervall", um aber bald aufs Neue einzuschlafen: „Nachschlaf", der sehr einem physiologischen Schlaf ähnelt, und aus welchem die Patienten ohne größere Schwierigkeiten erweckt werden können. Enke und Westphal sind der Meinung, daß Avertin als Dauerhypnotikum bei schweren Erregungszuständen allen anderen Mitteln bei weitem überlegen ist. Sioli und Neustadt legen ihrerseits einen sehr großen Wert auf den Nachschlaf, der nach ihren Angaben 4—12 Stunden dauern soll, während der eigentliche Narkoseschlaf nur eine Dauer von etwa 4 Stunden hat. Enke und Westphal haben mit den Avertinschlafkuren gute Erfahrungen gemacht, denn 1928 hatten sie bei 15 durchgeführten Behandlungen in 5 Fällen, also bei einem Drittel, eine wesentliche Besserung erzielt. Sie haben auch festgestellt, daß sich Avertin, selbst bei mehrmaliger Gabe, nicht als gefährlich erwiesen hat, daß die Wirkung dieses Mittels genügend lange anhält, und daß ferner keine Zeichen von stärkerer Gewöhnung aufgetreten sind. Wenn Enke 1929 auch schreibt, daß er seit der letzten Niederschrift 1928 mit Avertin einige ernstere Zwischenfälle und einen Todesfall erlebt hat, so läßt ihn dies doch auf dieses Mittel nicht verzichten. Nach Blume (1927, 1929) hat das Avertin stets die gleiche verläßliche, günstige und komplikationsfreie Wirkung entfaltet, und im Gegensatz zu Izikowitz schreibt er dem Avertin keine schädliche Wirkung auf das Atemzentrum zu, hält deswegen Erkrankungen der Atmungsorgane auch für keine Kontraindikation der Schlafkur. Als ungefährliche Begleitsymptome der Avertindauernarkose registrieren aber fast alle Untersucher zu Beginn der Narkose eine Senkung des Blutdrucks um 20—40 mm Hg, der aber sehr schnell wieder die normale Höhe erreicht, sodann leichte Schwankungen der Pulsfrequenzen, in den meisten Fällen eine Beschleunigung. Die Atmung ist meist unbeeinflußt, gelegentlich nimmt sie eine unerhebliche Verflachung und Beschleunigung an. Zu Beginn ist verschiedene Male eine leichte, schnell vorübergehende Cyanose aufgetreten und nach Enke und Westphal besonders häufig und am stärksten bei Pyknikern. In gleichem Zusammenhang wurde eine bemerkenswerte Beziehung zwischen einem Kreislaufschwächesymptom (Cyanose) und dem Körperbau festgestellt; ferner ergab die Untersuchung neben der Bestätigung der Kretschmerschen Typenlehre vor allem auch „gewisse

Beziehungen zwischen somatischer Konstitution und Reaktion auf das betreffende Mittel". Enke und Westphal beobachteten weiterhin, daß „der Erfolg des Avertindauerschlafes bei Pyknikern weit zurückstand hinter dem oft momentan einsetzenden beim leptosomen Typus, daß die dem manischen Formenkreis verwandten Psychosen weniger beeinflußbar und die Pykniker der Avertinvergiftung gegenüber viel empfänglicher sind". Nach Sioli und Neustadt erstreckt sich die Einschlafzeit über wenige Minuten nach dem Einlauf, nach Enke und Westphal über 5—10 Minuten und nach Blume in 82% seiner Fälle über 15 Minuten. Das Einschlafen geht nach Blume ohne jede Erregung vor sich, und das Aufwachen ist nicht von Übelkeit, Brechreiz oder dergleichen begleitet. Die Dauer des Initialschlafes wird von allen Untersuchungen auf durchschnittlich 3 Stunden angegeben. Aus der Narkose wachen die Patienten meistens ohne Rausch auf, sie sind vielleicht für eine kurze Zeit unruhig (½—1 Stunde) und schlafen in den meisten Fällen wieder ein. Dieser Schlaf gleicht dann ganz und gar dem physiologischen mit all seinen Vorgängen, aus dem die Patienten sehr leicht erweckbar sind, auf den, wie eingangs vermerkt, Sioli und Neustadt den größten Wert legen, und der nach ihren Angaben 4—12 Stunden dauert. Die meisten Gesamtschlafzeiten (Initialschlaf + Nachschlaf) betragen bei den Schlafkuren Enkes und Westphals zwischen 4 und 10 Stunden, während sie bei Blume wesentlich geringer sind.

Paraldehyd ($CH_3COH)_3$, das von Cervello eingeführt wurde, hat nach Poulsson eine geringe Giftigkeit und keine nennenswerte Wirkung auf Herz und Respiration und ist nach Müller eines der harmlosesten und gleichzeitig wirksamsten Mittel. Es wurde zum ersten Mal 1924 von Wiethold zu Schlafkuren verwandt. Schon zu jener Zeit war die Dauernarkose als therapeutisches Prinzip anerkannt worden; aber es bestanden gegen die Somnifenmethode wegen der Gefahren und Schwierigkeiten in der Behandlung mit diesem Mittel schwerwiegende Bedenken, auf die bereits hingewiesen wurde. Wiethold ging deshalb von „wohlbekannten Mitteln" aus. 1924 sagt er, daß sich „mit der fortgesetzten Verabfolgung einer Kombination von Scopolamin und Paraldehyd ein Dauerschlaf unterhalten lasse, der ähnlich wirke wie der Somnifenschlaf. Dabei komme man mit wohlbekannten und erprobten Mitteln aus, die auch bei lange fortgesetzter Anwendung nicht schädigen, und seit langem die wertvollsten Arzneien in der Behandlung der Geisteskranken seien." Der Vorteil der Kombination Paraldehyd-Scopolamin besteht nach seiner Auffassung in dem verschiedenen Angriffspunkt der beiden Mittel, nämlich daß Scopolamin, — das nach Müller sowohl cortikal wie subcortikal, in erster Linie also motorisch hemmend wirkt —, bei hochgradigsten, motorischen Erregungszuständen ganz unentbehrlich

ist. Paraldehyd anderseits, ein Großhirnrindennarkotikum, dämpft nach Angaben Wiethold mehr die sensorischen Reize und unterhält hauptsächlich den narkotischen Zustand. Nach dem Bürgischen Gesetz tritt infolge der verschiedenen zentralen Angriffspunkte nicht eine Addition, sondern eine Potenzierung der Wirkung ein. Später kombinierte Wiethold Paraldehyd häufig mit anderen Narkoticis. Er gab seine Mittel nicht grundsätzlich als Einlauf, sondern je nach dem Verhalten des betreffenden Kranken auch per os, als Nährflüssigkeit oder als Injektion. Er gewann bei seinen Behandlungen den Eindruck, als ob die Menge der Narkotika mit dem Grade der Erregung gesteigert werden müsse, daß aber in dem „gleichen Maße die Resistenz sowohl gegen die toxische als auch gegen die therapeutische Wirkung anstiege". Wie aus Wiethold Aufzeichnungen zu ersehen ist, hat er sehr hohe Schlafmitteldosen gegeben, oft bis zu 60 g Paraldehyd und 4—5 mg Scopolamin pro die. Die Mengen hat er so oft wie notwendig angewandt und keine Komplikationen dabei gesehen. Die Nebenerscheinungen, die H o f m a n n bei seinen Paraldehydschlafkuren bemerkte, bestanden in Temperatursteigerungen, Pulsunregelmäßigkeit, Erbrechen. Exitus durch die Schlafkur ist bei beiden Autoren nicht eingetreten. Wiethold berichtet, daß er in jedem Fall einen Erfolg der Kur gesehen habe, denn eine weitgehende Beruhigung der Kranken sei schließlich immer gelungen, also hat der Dauerschlaf — so können wir entnehmen — symptomatisch stets geholfen. Aber nicht nur das, oft war es ihm möglich, das akute Erregungsstadium zu kupieren. Weiterhin schreibt er, daß er oft den Eindruck gehabt habe, „die kontinuierliche Verabfolgung der Scopolamin-Paraldehyd-Kombination habe nicht nur das Symptom der Hyperkinese niederhalten können, sondern auch der gesamte psychische Mechanismus der geistigen Störung sei kausaltherapeutisch beeinflußt worden". Über ähnliche Erfolge hat Hofmann berichtet.

Zur hiesigen klinischen Praxis der Dauerschlaftherapie sei grundsätzlich folgendes gesagt. Jede Patientin, die wir einer Schlafkur, sei es mit Avertin oder Paraldehyd, unterzogen, wurde vorher eingehend untersucht, und eine Kur wurde keinesfalls bei einer körperlichen Erkrankung, besonders aber nicht bei Herz- und Lungenaffektionen und solchen der übrigen Atmungsorgane eingeleitet. Die Schlafmittel wurden n u r per rectum gegeben; darum war in jedem Fall eine intakte Darmschleimhaut Vorbedingung. Die rektale Narkose hat eben den Vorteil, daß das Schlafmittel relativ langsam in den Körper übergeht, und der Dauerschlaf infolgedessen homogener ist. Grippeepidemien oder ähnliche Infektionskrankheiten waren uns ebenfalls eine Kontraindikation. Unmittelbar vor dem ersten Schlafeinlauf wurde ein Reinigungsklystier gegeben, um die Rektalschleimhaut zu entlasten und dadurch resorptionstüchtig zu machen, um

ferner aber auch ein Unter-sich-lassen des Stuhles während des Schlafes zu vermeiden. Besonders wichtig erschien uns diese Vorsichtsmaßregel auch deshalb, weil wir selbst eine geringe Schlaftiefe bei nicht entleertem Darm feststellen konnten. Der Schlafeinlauf wurde mit Hilfe eines Irrigators appliziert und der Schlauch etwa 20 cm hoch in den Darm eingeführt, um dadurch ein Herauspressen des Mittels zu verhindern. Während der ganzen Kur war eine sorgfältige Überwachung des Patienten von allergrößter Wichtigkeit. Fortlaufend wurden der Puls, die Temperatur, die Blasen- und Mastdarmfunktion kontrolliert. Ferner wurden die Kranken gegen ungünstige thermische Einflüsse (Erkältungsgefahr) und gegen Störungen von außen (Verlegung in Einzelzimmer) geschützt. Zur Nahrungsaufnahme und zur Verrichtung der sonstigen vegetativen Funktionen wurden die Kranken nicht geweckt, sondern in dem wachen Intervall dazu angehalten. Schlafzeiten über 12 Stunden haben wir aber möglichst vermieden wegen der Gefahr nicht ausreichender Durchlüftung und deshalb konsekutiver hypostatischer Bronchitiden und Pneumonien. In allen Fällen wurde roborierende Kost verabreicht. In verhältnismäßig wenigen Fällen (Fall 2, 20 und 37) wurden während der Schlafkur alarmierende Symptome von seiten des Kreislaufs und der Atmung festgestellt, die aber durch Herzmittel (Lobelin, Ephetonin) und künstliche Atmung bzw. CO_2 erfolgreich kupiert werden konnten. Dennoch wurde die Kur in diesen Fällen aus Vorsichtsgründen abgebrochen. Stärkere Temperatursteigerungen, die im allgemeinen eine Indikation zur Unterbrechung sind, haben wir nicht beobachtet.

Für die Schlafeinläufe wurde folgende medikamentöse Zusammensetzung hergestellt:

1) Avertin: Nach Angaben Enkes und Westphals nahmen wir aus praktischen Gründen pro Einlauf die Einheitsdosis von 7,5 g Avertin in 250 g 5%iger Traubenzuckerlösung, dazu eine Ampulle Ephetonin. Traubenzuckerlösung wurde beigegeben, um dem Einlauf gleichzeitig den Charakter eines Nährklysmas zu sichern; weiterhin gaben wir Ephetonin als kreislaufförderndes Medikament hinzu. Dieses Gemisch wurde durchschnittlich 3 Tage lang einmal täglich verabreicht.

In allen Fällen war der Einlauf innerhalb 5 Minuten im Körper, und die Kranken schliefen meistens sehr schnell ein, in 1 Fall (= Gabe) bereits während der Verabreichung des Klysmas. Bei 17 der insgesamt 24 Avertingaben geschah das Einschlafen innerhalb der ersten 5 Minuten, bei 2 innerhalb 10 Minuten und bei 4 Gaben erst innerhalb 20 Minuten (Tab. I). Beim Einschlafen bemerkten auch wir keine Erregung.

Der Initialschlaf, also die Zeitspanne vom Einschlafen bis zum Erwachen, hatte teilweise eine sehr große Breite; sie schwankte zwischen 1 und 21 Stunden und verteilte sich folgendermaßen: Nach 17 Einläufen betrug der Initialschlaf bis 5 Stunden, nach 2 Einläufen bis 10 Stunden und nach 5 mehr als 10 Stunden (Tab. II A).

Aus dieser Initialnarkose wachten die Patienten auf, schliefen aber nur in 50% der Gaben später wieder ein. Soweit aus den Krankenblättern ersichtlich, betrug dieses wache Intervall zwischen 10 Minuten und 1½ Stunde. Es ist nicht mehr genau festzustellen, inwieweit die Kranken in diesem Zeitabschnitt ruhig bzw. unruhig waren.

Tabelle I.

Resorptionswirkung bei Avertin.

		Resorptionswirkung des einzelnen Einlaufs			
Fall	Dosen	Während des Einlaufs	innerhalb 5' nach Einlauf	innerhalb 10' nach Einlauf	über 10' nach Einlauf
1	1	—	3'	—	—
2	1	—	—	10'	—
	1	—	5'	—	—
	1	—	5'	—	—
	1	—	3'	—	—
	1	—	—	—	20'
	1	—	—	—	20'
3	1	—	5'	—	—
	1	—	3'	—	—
	1	—	3'	—	—
4	1	—	5'	—	—
5	1	—	4'	—	—
6	1	—	5'	—	—
	1	—	4'	—	—
	1	—	4'	—	—
7	1	—	—	—	20'
	1	sofort	—	—	—
8	1	—	3'	—	—
	1	—	—	8'	—
9	1	—	—	—	20'
10	1	—	2'	—	—
	1	—	2'	—	—
	1	—	5'	—	—
	1	—	5'	—	—
10	24	1	17	2	4

Tabelle II.

Schlafbreiten bei Avertin.

	A			B			C		
	Dauer des Initial-Schlafes			Dauer des Nach-Schlafes			Gesamt-Schlafzeit		
Fall	bis 5 St.	bis 10 St.	über 10 St.	bis 5 St.	bis 10 St.	über 10 St.	bis 5 St.	bis 10 St.	über 10 St.
1	5	—	—	5	—	—	—	10	—
2	45 '	—	—	—	—	—	45 '	—	—
	3 30 '	—	—	—	—	11	—	—	14 30 '
		—	11	—	—	—	—	—	11
	3 30 '	—	—	4	—	—	—	7 30 '	—
	3	—	—	—	—	—	3	—	—
	1	—	—	—	—	—	1	—	—
3	4	—	—	—	—	—	4	—	—
	5	—	—	—	—	—	5	—	—
	5	—	—	—	10	—	—	—	15
4	—	—	21	—	—	—	—	—	21
5	—	6 30 '	—	3 30 '	—	—	—	10	—
6	3	—	—	1	—	—	4	—	—
	4	—	—	4	—	—	—	8	—
	—	5 30 '	—	4 30 '	—	—	—	10	—
7	2	—	—	—	—	—	2	—	—
	5	—	—	—	10	—	—	—	15
8	3 30 '	—	—	—	6 30 '	—	—	10	—
	4	—	—	—	—	—	4	—	—
9	3 30 '	—	—	—	—	12	—	—	15 30 '
10	5	—	—	—	6	—	—	—	11
	—	—	17	—	—	—	—	—	17
	—	—	13	—	—	—	—	—	13
	—	—	18	—	—	—	—	—	18
10	17	2	5	6	4	2	8	6	10

Der Nachschlaf, der, wie schon erwähnt, in 50% eintrat, aber nicht so fest war, wie die Narkose, dehnte sich nach 6 Klysmen auf eine Dauer bis zu 5 Stunden aus, nach 4 Einläufen bis zu 10 Stunden und nach 2 über 10 Stunden (Tab. II B). Bemerkenswert ist, daß nach den 5 Avertingaben, bei denen der Initialschlaf über 10 Stunden anhielt, im Anschluß an das wache Intervall kein Nachschlaf mehr eintrat. Hier ist es offenbar so, daß ein Übergang vom ersten Schlaf in den Nachschlaf nicht festgestellt werden konnte.

Die Gesamtschlafzeiten belaufen sich bei 8 Avertineinzelgaben bis zu 5 Stunden, bei 6 Einläufen bis zu 10 Stunden und bei 10 über 10 Stunden (Tab. II C).

2) Paraldehyd: Wir wandten die Wietholdsche Methode in der Kombination Paraldehyd-Scopolamin an. Die Gefahr des Paraldehyd, stark reizend auf die Darmschleimhaut zu wirken, wurde dadurch beseitigt, daß das Mittel in eine Gleitemulsion gehüllt wurde. Das Einlaufgemisch hatte folgende Zusammensetzung:

150,0	Paraldehyd
0,0025	Scopolamin
30,0	Gu. arab.
1000,0	Aqu. dest.

Hiervon kamen auf einen Schlafeinlauf 100 g; das sind pro Klysma 12,7 g Paraldehyd, 0,21 mg Scopolamin. Wir gaben solche Einläufe 5 Tage lang bis zu 5 mal täglich. In den beiden ersten Tagen genügten in den allermeisten Fällen pro die 2 Klystiere, während in den 2 letzten Tagen, infolge Gewöhnung an das Mittel, eine tiefe Narkose und ein langer Nachschlaf nur auf 4—5 Einläufe täglich zu erzielen waren.

Eine gleiche Aufstellung über die einzelnen Abschnitte der Schlafkur mit der Paraldehyd-Scopolamin-Kombination kann wie bei Avertin nicht gegeben werden, weil Anhaltspunkte hierfür in den Krankenblättern nicht verzeichnet waren. Soviel aber in Erfahrung gebracht werden konnte, stimmen die Schlafzeiten mit denen bei Avertin im wesentlichen überein.

Bei unseren Dauerschlafkranken handelt es sich nicht um ausgesuchte Fälle, sondern um solche, bei denen die Einleitung des Dauerschlafes durch den psychotischen Ausnahmezustand bedingt war. Unter psychotischem Ausnahmezustand ist sinngemäß zu verstehen, daß es sich um psychische Verhaltensweisen handelte, in denen die Kranken sowohl für ihre Umgebung als auch für sich selbst untragbar asozial und gefährlich geworden waren, also um solche Zustände, bei denen unsere anderen psychiatrisch-therapeutischen Hilfsmittel (gewöhnliche Hypnotika, Dauerbäder, Packungen etc.) völlig versagten. Aus dieser strengen Einstellung zur Indikation ist es wohl einesteils zu verstehen, daß in unserer Klinik verhältnismäßig wenig Kuren zur Durchführung kamen.

Sinn jeder Therapie ist, daß sie sich bewährt. Es bleibt zu untersuchen, ob und wie sie sich bewährt. Eine klare, leicht faßliche Bewertungsweise aufzustellen, die sowohl den eigenen Erfolg anschaulich und deutlich macht, als auch Vergleiche mit anderen Arbeiten vorliegender Art ohne weiteres ermöglicht, ist schwierig. Vor allem besteht dabei die Gefahr, daß die Fälle, einem Schema zuliebe, in

dieses eingeordnet und dadurch grob verdeutlicht bzw. hervorgehoben werden. Gerade bei einer Therapie wie der Dauerschlafbehandlung, die ja nicht nur somatisch-symptomatisch, sondern nach Kläsi in erster Linie sogar psychisch-causal wirken soll (Umstimmung), ist die Wirkung stets verschieden, je nach der seelischen Grundstruktur des Patienten, und vielfach gradmäßig so fein, daß sie an sich nur von dem behandelnden Arzt psychologisch und kritisch erfaßt und für den weiteren Verlauf des Zustandsbildes dienstbar gemacht werden kann.

Trotzdem wurde vorliegend versucht, an Hand unserer Fälle, die uns hauptsächlich nur aus ihren Krankengeschichten bekannt wurden, aber zu einem guten Teil noch von ihrem Stationsarzt und der verantwortlichen Oberschwester in ihrem psychotischen Bild reproduziert werden konnten, eine Bewertungsskala zu schaffen, die quoad Erfolgsbeurteilung einen möglichst strengen Maßstab anlegt. Wir haben folgende 3 Gruppen gebildet:

1) Wesentliche Besserung,
2) Besserung,
3) Keine Besserung.

ad 1) Wir verstehen darunter die Wirkung der Schlafkur bei Kranken, deren schwer psychotische Form (Erregungszustand, Stupor etc.) anschließend sogleich oder in wenigen Tagen vollkommen abgeklungen war.

ad 2) Darunter sind jene Fälle abschließend beurteilt, bei denen der Dauerschlaf das allmähliche (in spätestens 14 Tagen, da unserer Ansicht nach Veränderungen grundlegender Art im psychotischen Verhalten der Kranken nach der angegebenen Zeit nicht mehr als Folge der Dauerschlaftherapie zu buchen sind) vollkommene Verschwinden des vorher verschlimmert krankhaften Zustandsbildes herbeiführte.

ad 3) Unter diesem Begriff sind jene Fälle zusammengefaßt, bei denen die Schlafkur keine Umwandlung der Psychose hervorrief.

Anschließend geben wir, um eine genaue Übersicht und kritische Stellungnahme zu den einzelnen Fällen zu ermöglichen, diese in ihrem Verlauf kurz wieder.

1) L., M., 24 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

1 Base väterlicherseits und 1 mütterlicherseits waren gemütskrank; starben in der Anstalt. 1 Schwester der Pat. hatte religiösen Wahn, war ½ Jahr in einer Anstalt. Jetzt angeblich gesund. Eltern und 4 Geschwister gesund. Pat. von jeher exaltiert, schauspielerte gern, arbeitete aber dabei immer fleißig. 8 Tage vor der Einlieferung auffallend unruhig und gesprächig. Zunehmend verwirrt. Äußerte, Christus zu sein, für andere gelitten zu haben. Bezeichnete sich dann als Kriemhild oder Brunhild, dann wieder als Mutter Gottes.

Hier Januar 30 das gleiche Bild. Ist vollkommen verwirrt. Schwer zu fixieren, voll religiöser Wahnideen, zieht jetzt ihre Umgebung mit hinein. Stimmung vorwiegend ernst. Glaubt, im Paradies, Kaiser und zugleich Papst zu sein.

Nach dem Dauerschlaf (Avertin; 4 Tg.) im Januar 30 bedeutend ruhiger, jedoch ängstlich und anlehnungsbedürftig. Gesichtsausdruck unruhig gespannt. Hat Angst vor dem Teufel. Im weiteren Verlauf läppisches Gebaren, Stimmung meist flach euphorisch, Äußerungen zerfahren. Arbeitet fleißig mit. Zustandsbild unverändert bis zur Entlassung Dezember 30.

Behandlungsdauer: 11 Monate, 10 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Eine gewisse Besserung (in Bezug auf den Zustand bei Einleitung der Kur).

2) H., R., 30 J., ledig, Dienstmädchen. Klin. Diag.: Schizophrenie.

Keine erbliche Belastung. Pat. war bisher gesund, hat fleißig gearbeitet. Im Mai 31 letzte Periode. Seit der Zeit verändert. Starrte oft mit großen Augen in eine Ecke, sprach verwirrt, tobte.

Seit Juli 31 hier. Ist ängstlich erregt, aggressiv. Bald jedoch ruhiger, erzählt ihre Erlebnisse während der Erregung, arbeitet mit, Krankheitseinsicht. Im weiteren Verlauf zunehmende Angst, Unruhe. Ist vollkommen ratlos, Augen sind weit aufgerissen, spricht kein Wort.

Dauerschlaf (Avertin; 3 Tg.) im August 31 bringt keine Änderung des Zustandes. Leidet weiterhin deutlich unter der Wirkung zahlreicher innerer Erlebnisse und Halluzinationen. Gesichtsausdruck qualvoll, unstet. Verkennt die Umgebung, ist desorientiert. Ende Dezember 31 tritt eine deutliche Beruhigung ein. Innere Spannung läßt nach. Menses seit Eintritt der Psychose das erste Mal wieder. Pat. ist deutlich frischer, freier, macht einen heiteren, zufriedenen, nicht mehr ängstlichen Eindruck. Januar 32 gebessert entlassen.

Behandlungsdauer: 6 Monate, 10 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

3) M., H., 33 J., Hausfrau, verheiratet. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Eltern, 6 Geschwister und 5 Kinder leben, sind gesund. 1 Bruder war einige Zeit nervenleidend, war in einer Anstalt. Pat. als Kind immer gesund, lernte schlecht. War stets lustig, hatte Freundinnen. Bis zu ihrer Heirat 1927 in der elterlichen Landwirtschaft tätig. Geburten verliefen normal. Frühjahr 1933 1. Krankheitsschub von 6wöchiger Dauer. Die Kranke arbeitete nicht mehr, war aufgeregt. Hatte akustische und optische Halluzinationen. War dann frei bis zum 2. Schub im Aug. 34. Glaubte jetzt, im Blut zu schwimmen, ihren Kindern würde der Kopf abgeschlagen. Sie höre dauernd deutlich das Aufschlagen von dem Beil. Stöhnte, jammerte, war nicht ansprechbar. Wurde sogleich hier eingeliefert.

Pat. ist desorientiert, ist schwer zu fixieren, hat offenbar Halluzinationen. Macht sich Selbstvorwürfe, ist sehr zerfahren und motorisch unruhig, sodaß Anfang Sept. 34 ein

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tge.) eingeleitet wird. Danach etwas ruhiger, aber noch verwirrt. Es bestehen noch Halluzinationen und Wahnideen. Allmählich wird die Kranke ruhiger, geordneter, klarer. Arbeitet und näht fleißig mit, gibt über ihren Krankheitszustand genügend Auskunft, hat Krankheitseinsicht; Stimmung gleichmäßig. Oktober 34 nach Hause entlassen.

Behandlungsdauer: 2 Monate, 5 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Leichte Besserung der Erregung.

4) B., F., 51 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Nicht erblich belastet. Bis vor einigen Tagen war Pat. gesund, arbeitete fleißig. Plötzlich sehr erregt, lief im Haus herum, räumte sämtliche Schränke aus, behauptete, ein Kind zu bekommen. Wurde Nov. 34 hier eingeliefert.

Pat. ist sehr aufgebracht, redet fortwährend. Vollkommen desorientiert, zerfahren, nicht zu fixieren. Akustische Halluzinationen. Bringt stereotyp geistliche Redensarten vor, betet laut und singt. Grimassiert, hat manierierte Bewegungen. Plötzlich erregt, läuft im Kreis herum, ist mutistisch. Nov. 34 Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tge.). Anschließend ist die Kranke wesentlich ruhiger bei völliger Orientiertheit. Sonst aber noch ängstlich und gespannt. Keine Krankheitserinnerung. Januar 35 gebessert nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 2 Monate, 13 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

5) R., L., 36 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Von Erblichkeit nichts bekannt. Als Kind war Pat. immer lustig, gesellig und fleißig. Bis jetzt 4 Krankheitsschübe durchgemacht, die gewöhnlich 2—3 Monate anhielten, in starker Depression mit Selbstvorwürfen und Insuffizienzideen bestanden. Nach Anstaltsbehandlung stets Remission in eine manisch gefärbte Phase, in der Pat. fleißig schaffte. Anfang Dez. 34 erneuter Schub. Die Kranke war aufgeregt, grob, konnte nicht mehr schlafen. Warf sich Jugendsünden vor. Hörte Stimmen: Als Gottes Kind solle sie sich lösen von der Welt. Der Heiland sei ihr öfter erschienen. Auf eigenen Wunsch wurde sie Dez. 34 hierher gebracht.

Pat. ist klar, besonnen, in jeder Beziehung orientiert. Gehobene Stimmung. Ist von den religiösen Gedanken und Erlebnissen ganz erfüllt. Maniriert verschrobene Ausdrucksweise. Affektleer, läppisch, distanzlos. Bald wird sie sehr unruhig, reißt sich die Haare aus, kratzt die Haut auf, versucht Zehen und Finger abzubrechen. Deshalb Januar 35

Dauerschlaf (Paraldehyd; 2mal 5 Tage). Selbstbeschädigungstendenz läßt sofort nach. Pat. bietet jetzt ein mutistisch-autistisches Bild mit starrem, ratlosem Gesichtsausdruck bei Bewegungsarmut. Wird im Februar 35 ungeheilt von den Angehörigen geholt.

Behandlungsdauer: 1 Monat, 22 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

6) H., Th., 36 J., ledig, Kindergärtnerin. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

1 Schwester der Pat. geisteskrank, befindet sich in einer Anstalt. Entwicklung der Pat. normal. Lernte schlecht. Wurde Kindergärtnerin, Examen bestand sie. 1920 plötzlicher Tod des Vaters. Seit der Zeit arbeitsunfähig, nahm keine Dienststelle mehr an. 1929 kurze Zeit psychisch verändert. Wollte von einem Fürsten geheiratet werden. Bezog Zeitungsromane und Äußerungen von Mitmenschen auf sich. Seit 1934 sehr gereizt, lief 2 Mal von Hause fort. Hörte Stimmen, sah Gestalten. Die letzten Nächte vor der Aufnahme sehr unruhig, äußerte religiöse Wahnideen, schrieb an ihre Zimmertür: „Jesus von Nazareth," und nannte sich „Fürstin Thekla-Thusnelda, geschlagene Gralsritterin". Glaubte, von Zigeunern und Zirkusleuten verfolgt zu werden.

Hier (Mai 34) äußerte sie dieselben Gedanken. Beantwortet keine Frage, da das einer Gralsritterin, der höchsten und mächtigsten Frau Europas, nicht würdig sei. Sie ist sehr zerfahren, widerstrebend und ablehnend. Aggressiv gegen ihre Umgebung, schreit, schimpft, nimmt zwischendurch als Fürstin Thusnelda wieder verzückte Haltungen ein und gibt Befehle. Ist sehr erotisch, läuft nackt im Saal herum und will für Zirkus Sarrasani Modell stehen. Zustand wechselt sehr, bald ist die Pat. erregt und agressiv, bald ruhig, ansprechbar. Wegen großer Gefahr für die Mitkranken Febr. 35 Dauerschlaf (Paraldehyd;

2 mal 5 Tage). Pat. wird dann sofort an die Arbeit gebracht. Ist äußerlich vollkommen ruhig, nur während der Periode sehr erregt. Wahnideen bestehen fort. Ausgesprochener Autismus. Anstaltsüberführung April 35 als ungeheilt.
Klinikbehandlung: 10 Monate, 14 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Leichte Besserung.

7) E., A., 29 J., ledig, Hausgehilfin. Klin. Diagn.: Schizophrenie.
Eltern, Geschwister und weitere Verwandtschaft gesund. Pat.: War stets vergnügt, hatte viele Freundinnen. Seit einigen Jahren etwas aufgeregt, redete unüberlegt. Im Anschluß an eine Grippe erholte sie sich nicht mehr recht. Wurde „wirr" im Kopf. Äußerte, sich ertränken zu wollen, der Herrgott hätte ihr das befohlen. Sah Geister, hörte Stimmen. Sei schon einmal gestorben, hätte kein Leben mehr in sich gespürt, die Seele sei von ihr gegangen und habe im Dunkeln geschwebt. Das Herz habe ausgesetzt. Kam März 35 in die Klinik.
Pat. ist zeitlich und örtlich orientiert. Gedankenablauf gehemmt; Antworten zerfahren, Andeutung von Negativismus. Gesichts- und Gehörshalluzinationen, denen die Kranke ängstlich und ratlos gegenübersteht. Ist sehr unruhig, jammert den ganzen Tag. Selbstmordabsichten: Die Stimme des Heilands habe ihr das gesagt. Deshalb April 35 Einleitung eines
Dauerschlafs (Paraldehyd; 5 Tage). Ergebnis: Kranke ist motorisch ruhiger, jammert nicht mehr, kein Festhalten an den Wahnerlebnissen. Leidet noch unter Körpersensationen. Persönlichkeitsveränderung besteht weiterhin. Pat. ist äußerst affektlabil. Kann sich über ihre Krankheitserlebnisse nicht recht aussprechen. Wird Juli 35 gebessert von den Angehörigen nach Hause geholt.
Behandlungsdauer: 3 Monate, 19 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Besserung.

8) F., M., 27 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie.
Mutter öfter schwermütig, sonst keine Gemütskrankheiten in der Familie. 3 Geschwister gesund. Pat. das jüngste Kind. Geburt, Entwicklung normal, Menses regelmäßig. Immer still, zurückhaltend, verschlossen, fromm. Seit 1927, im Anschluß an Grippe häufig Kopfschmerzen und Müdigkeit. Lachte oft ohne Grund, sprach viel von religiösen Dingen. Glaubte, die Braut Christi zu sein und als solche die Leiden aller Patientinnen tragen zu müssen. Wollte sich erschießen. Der Schuß sei das hochzeitliche Kleid und die himmlische Hochzeit. War von Aug. bis Okt. 1928 schon einmal hier. Wurde ungeheilt entlassen. Die Wahnideen blieben bestehen, fernerhin optische und akustische Halluzinationen. Furcht, vergiftet zu werden. Pat. wird im Mai 35 hier eingeliefert.
Redet vollkommen zerfahren, spuckt in die Hände, schmiert mit Speichel, lacht läppisch. Wird aggressiv gegen Pflegerinnen und Ärzte. Läuft nachts im Bad herum. Schmiert sich Essen in die Haare, lacht, singt, macht bewußtseinsgetrübten Eindruck.
Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Erregungszustand abgeklungen. Pat. vollkommen geordnet. Nach einigen Tagen erneut verwirrt. Steht läppisch-lächelnd herum, grimassiert, spuckt, ist teilweise sehr erotisch. Nach weiteren 14 Tagen geordnet und ruhig. Arbeitet gut mit, fühlt sich gesund. Es besteht Krankheitseinsicht. Sept. 35 gebessert nach Hause entlassen.
Behandlungsdauer: 2 Monate, 11 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Besserung.

9) H., E., 19 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie.
Großtante mütterlicherseits 2 Jahre in einer Anstalt. Sonst keine erbliche Belastung. Eltern und 5 Geschwister gesund. Vater außerordentlich jähzornig. Pat.: Normale Entwicklung, lernte gut (Einjähriges). Stets etwas still, sonst nicht auffällig. Arbeitete gern im Haushalt. Anfang 1933 auffallend ruhiger,

sinnierte viel, arbeitete weniger, schließlich gar nichts mehr, klagte über Gedankenleere. War 3 Monate in hiesiger Klinik; wurde gebessert entlassen. Pat. fühlte sich gesund und arbeitete wieder wie früher. Juli 34 wieder die gleichen Klagen wie beim ersten Schub: Sei kein rechter Mensch mehr, fühle sich so leer. Dachte ernsthaft daran, sich das Leben zu nehmen. August 34 kam sie von selbst hierher.

Pat. ist antriebslos, affektleer. Zeigt für die Umgebung kein Interesse. Ist vollkommen gesperrt. Suicidversuch. Daraufhin

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage) im Oktober 34. Nach dessen Beendigung keine Besserung. Pat. ist weiterhin verzweifelt, rat- und antriebslos, leer. Wird November 34 ungeheilt nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 2 Monate, 19 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

10) B., K., 35 J., ledig, Fabrikarbeiterin. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

1 Onkel der Pat. war geisteskrank, starb in der Anstalt. Pat.: Uneheliches Kind, war stets gesund, lernte gut, zur Zeit der Menses gedrückt. Wohnte bei einem Schwager, mit dem sie schlecht auskam, weil dieser Trinker war und sie im Rausch öfter schlug. Pat. war deshalb im Juli 34 wegen eines reaktiven Verstimmungszustandes hier, der schnell zur Norm abklang. Im Okt. 34 erneute Aufnahme, „um von Ärzten und Pflegepersonal Rechenschaft zu verlangen wegen damaliger schlechter Behandlung."

Sei jetzt Braut des Heilandes, feiere noch am gleichen Tag Hochzeit und würde, ohne sterben zu müssen, in den Himmel eingehen. Das neue Testament handle nur vom Heiland und von ihr. Sieht in fortgeworfenen Zigarettenschachteln Heilandsblut. Pat. ist über alles orientiert, lebt in einer gehobenen, glücklichen Stimmung, spricht affektiert. Wegen großer Erregung wird nach einigen Tagen

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage) durchgeführt, der aber schon bald wiederholt werden muß. Schwerster katatoner Erregungszustand, der erst nach weiteren 14 Tagen abklingt. Pat. ist unsauber, aggressiv, maniriert. Akustische Halluzinationen religiösen Inhalts. Kranke ist nicht zu fixieren. Bezüglich der Erlebnisse keine Exploration möglich. Jan. 35 völlig geordnet, keinerlei Defekte zurückgeblieben. Stimmung noch gedrückt, empfindsam. Febr. 35 Entlassung, gebessert.

Behandlungsdauer: 4 Monate.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

11) H., M., 23 J., ledig, Schreibgehilfin. Klin. Diagn.: Schizophrener Erregungszustand.

Keine erbliche Belastung. Normale Entwicklung der Pat. Juli 34 zum ersten Mal Geschlechtsverkehr mit einem wildfremden Mann. Bald darauf große Angst vor Schwangerschaft, die aber nicht bestand. Beruhigte sich wieder. Letzte Menstruation blieb einige Tage aus. Erneut angstvolle Erregung. Jammerte, sie käme ins Zuchthaus, weil sie bei sich versucht habe, abzutreiben (trifft nicht zu!). Kam Okt. 34 in hiesige Klinik.

Es besteht hochgradige motorische Unruhe, stereotyper Bewegungsdrang, jammert fassungslos laut und unbeeinflußbar, reißt sich die Haare aus. Nicht ansprechbar, nicht zu fixieren. Psychotische Inhalte sind nicht zu eruieren. November 34

Dauerschlaf (Paraldehyd; 3 Tage). Danach unverändertes Zustandsbild. Pat. wird 8 Tage nach Beendigung der Schlafkur von den Angehörigen geholt.

Behandlungsdauer: 15 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

12) R., G., 25 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Mutter war schwermütig, wieder gesund. 1 Schwester im Alter von 27 Jahren verwirrt. Vater Potator, 5 Geschwister gesund. Pat. seit Anfang 34 aufgeregt und widerspenstig. Arbeitete aber noch weiter. In den letzten Tagen vor der Aufnahme sang sie nachts religiöse Lieder, stand häufig auf. Glaubte, durch Gas vergiftet zu werden, wollte das Haus anzünden. Deshalb Einlieferung in die Klinik im November 34.

Pat. ist motorisch sehr unruhig, schlägt um sich, beißt. Halluziniert ganz offensichtlich: Hört allerhand Stimmen und sieht die verschiedensten Gestalten. Ist maniriert, grimassiert. Dabei mutistisch. Sofort

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Weiterhin unruhig, erregt, aber gehobener Stimmungslage. Geruchshalluzinationen bestehen fort. Allmählich erst Besserung, äußeres und inneres Verhalten wird geordneter. Kranke arbeitet mit. Spricht jedoch nicht über ihr psychotisches Erlebnis. Wird in diesem Zustand März 35 nach Hause entlassen.

Behandlungsdauer: 4 Monate.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

13) Sch., M., 25 J., ledig, Dienstmädchen. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

2 Schwestern der Mutter gemütskrank. Bei Mutter und 1 Bruder Suicid durch Ertränken. Vater Potator. 2 Geschwister gesund. Pat. immer ruhig und zurückgezogen. Im Anschluß an ein Trachtenfest Verwirrtheit, redete phantastisches Zeug. Akustische Halluzinationen: Hörte Hilferufe. Nov. 34 hier eingeliefert.

Pat. macht einen ratlos-ängstlichen Eindruck. Hat Versündigungsideen, klagt und ist zeitweise sehr erregt. Dezember 34

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Anschließend unverändertes Zustandsbild; die Kranke findet sich gar nicht zurecht, ist völlig desorientiert. Bringt stereotyp dieselben Fragen vor. Halluziniert. Ihre Wahnideen sind religiös gefärbt. Es besteht Suicidgefahr. In diesem Zustand Anfang Februar 35 nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 2 Monate, 7 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

14) Sch., E., 21 J., ledig, Serviermädchen. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Über Erblichkeit nichts bekannt. Pat.: In der Jugend nie krank. Im Dez. 34 fing sie an zu sinnieren. Beim Bedienen sagte sie zu Gästen: „Ein Stück Zucker genügt, der Heiland braucht auch nicht so viel." Pat. unterhielt geschlechtlichen Verkehr mit einem verh. Mann. Dieser wollte sich scheiden lassen und sie dann heiraten. Seit dieser Zeit war ihre Stimmung sehr wechselnd. Akustische Halluzinationen: Solle für 3 Welten kämpfen, für den Heiland in Gegenwart und Zukunft. Wurde im Dez. 34 hier eingeliefert.

In den Äußerungen vollkommen zerfahren, Andeutung von Ideenflucht. Gehobene Stimmung. Halluziniert viel, ist mit religiösen Erlebnissen beschäftigt. Vorübergehend aggressiv. Anfang Februar 35

Dauerschlaf (Paraldehyd; 7 Tage). Zunächst keine Besserung: Reizbar und ablehnend, optische Halluzinationen: Sehe Jesus und Maria. Pat. ist schwer zu fixieren. Allmählich ruhiger, Trugwahrnehmungen treten in den Hintergrund. Äußeres Verhalten ist geordneter. Die Kranke gibt sich Mühe, höflich zu bleiben. Sie spricht über ihre Erlebnisse. Mai 35 als gebessert nach Hause entlassen.

Behandlungsdauer: 5 Monate, 7 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

15) Sp., P., 21 J., ledig, Fabrikarbeiterin. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Familienanamnese o. B. Pat. war Zeit ihres Lebens äußerst fromm. 1933 zum ersten Mal auffällig: Kniete vor dem Sofa und betete. In letzter Zeit in der Fabrik „dummes Zeug" gemacht und geredet. Größenideen: Im kommenden Krieg zöge sie mit ins Feld, um Heerführer zu werden wie Hindenburg oder Johanna von Orleans. Pat. kommt auf Veranlassung des Fabrikherrn Februar 35 in die Klinik.

Sie ist sehr zerfahren, bringt stereotype Redeweisen mit theatralischer Stimme vor. Benimmt sich läppisch. Betet laut geistliche Lieder, wenn andere Patientinnen unruhig sind. Ist nicht zur Arbeit anzuhalten. Ende Februar 35

Dauerschlaf (Paraldehyd; 4 Tage). Im Anschluß daran Verschlimmerung. Außerordentlich schwere Zerfahrenheit mit Stereotypien und wortsalatähnlichen Bildungen. Verhalten der Kranken aufdringlich, läppisch. Lebhafte optische Halluzinationen. Pat. ist erotisch, aggressiv gegen die Umgebung, zeigt motorische Unruhe. In diesem Zustand Mai 35 nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 3 Monate.
Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

16) H., K., 42 J., ledig, Dienstmädchen. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Familienerblichkeit o. B. 1920 erster, 1930 zweiter, 1934 dritter Krankheitsschub. Nach den beiden ersten Attacken war Pat. vollständig hergestellt. Im Sommer 34 wurde sie durch eine „Nervenerschöpfung" schlaf- und kraftlos. Hatte schreckliche Angstzustände. Glaubte sich vom Arzt hypnotisiert: Wirkung auf den Unterleib. In diesem Zustand erhielt sie Befehle. Seit Febr. 35 wieder in unserer Klinik.

Hier halluziniert Pat. lebhaft, hört dauernd Stimmen, die ihr Befehle erteilen, und die sie auch ausführen will. Immer wieder soll sie gelyncht werden. Stimmen sind für sie Wirklichkeit. Glaubt, die ganze Menschheit höre diese und wisse so um ihre Erlebnisse. Vollkommen ratlos, depressiv. März 35

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Dieser bringt keine Besserung. Kranke halluziniert weiterhin lebhaft, wird von den Stimmen Tag und Nacht gequält. Drängt dauernd zur Tür hinaus: Man erwarte sie draußen, damit sie gelyncht werde. Zeitweise erotisch. Stimmen rieten ihr, sich Männern hinzugeben. In diesem Zustand in Anstalt entlassen, und zwar im Juli 35.

Klinikaufenthalt: 7 Monate, 7 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

17) G., M., 27 J., verheiratet, Fabrikarbeiterin. Klin. Diagn.: Schizophrener Erregungszustand.

Keine erbliche Belastung. Febr. 35 Geburt des ersten Kindes. Partus und Wochenbett normal. 2 Tage vor der Einlieferung März 35 habe Pat. erklärt, die Milch sei ihr in den Kopf gestiegen, das Kind sei gestorben.

Hier ist die Kranke sehr unruhig, ängstlich. Ihre Stimmung gehoben, sehr erotisch gefärbt. Macht, sich selbst überlassen, Coitusbewegungen, bietet sich in schamloser Weise den Ärzten an. In keiner Weise ansprechbar. Deshalb sofort

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Nachher ruhiger, vor allem motorisch; sonst weiterhin schreckhaft und ängstlich, völlig abwesend, mutistisch. Stößt tierhafte Laute aus. Über krankhaftes Erleben ist nichts zu erfahren. Eingetretene Bronchopneumonie mit Nephritis (Schwangerschaft?) führt nach 4 Tagen Exitus letalis an Kreislaufschwäche herbei.

Klinikaufenthalt: 9 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

18) B., M., 32 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Schizophrenie.

Vater und 1 Schwester leben, sind gesund, aber grob, jähzornig. Mutter im Anschluß an Geburt der Pat. geistesgestört, war 25 Jahre in der Anstalt und starb dort. Pat.: Normale Entwicklung, lernte gut, legte staatliche Schwesternprüfung ab. Menses unregelmäßig. Prämorbid war die Kranke stets vergnügt, munter. Als Krankenschwester wegen ihres frischen Wesens beliebt. 1927 Heirat, Ehe gut. 1 Kind, lebt, ist etwas aufgeregt. Angeblich im Anschluß an Partus Jan. 34 häufig müde, leicht aufgebracht. Herbst 34 Halsoperation (Mandelabszeß). Seitdem angeblich Ausfluß. Glaubte, sich durch Onanie infiziert zu haben. Von dieser Zeit an Selbstvorwürfe, Vergiftungsideen. Deshalb seit März 35 hier. Pat. ist ruhig, geordnet, zugänglich. Äußert aber Selbstbeschuldigungs- und Verschuldigungs-, hypochondrische und Verfolgungsideen. Meint, ein Telefon im Leib zu haben. „Hexen hätten in ihr alles verrissen." Verkennt Personen, bezeichnet ihren Mann als einen Spion. Vermutet in ihrem Essen Gift, deshalb Nahrungsverweigerung. Begeht Suicidversuch (stieß sich Klosettbürste in den Rachen). Reißt sich, monoton jammernd, dauernd die Haare aus. Aus den Bildern an der Wand glaubt sie zu erkennen, daß sie hier als „Sau" hingerichtet werde. Mitte Mai

D a u e r s c h l a f (Paraldehyd; 5 Tage). Nachher äußerlich ruhiger, jedoch noch negativistisch, autistisch. Halluziniert lebhaft. Ist sehr selbstmordgefährdet. Ihre Äußerungen sind vollkommen zerfahren. Große, innere Unruhe. Juni 35 ungeheilt in eine Anstalt überführt.

Klinikaufenthalt: 3 Monate.

Erfolg der Schlafkur: K e i n e B e s s e r u n g.

19) R., L., 40 J., Hausfrau. Klin. Diagn.: Paranoide Schizophrenie (hysterische Konstitution).

Erbliche Belastung. Mutter der Pat. unselbständig, schwerlebig. Schwester des Vaters debil. Pat. schon in der Jugend als schwachsinnig aufgefallen. Immer sehr starrköpfig und gewissen Schwankungen unterworfen. 1915 Heirat, 4 gesunde Kinder geboren. 2 Geburten sehr schwer. Keine gute Ehe. Lebte seit Januar 30 in dem Wahn, Mann und Familie seien syphilitisch erkrankt, sie selbst sei gravide, obwohl die Periode eingetreten war. Februar 30 hier eingeliefert. Pat. verhält sich zuerst ruhig, ist geordnet. Schon bald wird sie sehr erregt, schreit, schimpft, schlägt gegen die Türen, hat Schaum vor dem Mund, wälzt sich auf dem Boden und rauft sich die Haare aus. Akustische Halluzinationen: Soll die Revolution retten! Am Tag der Aufnahme noch Einleitung des D a u e r s c h l a f s (Avertin; 3 Tage). Anschließend vollkommen ruhig, erzählt von ihrer Krankheit, hat Krankheitseinsicht. Hört aber noch Stimmen. Bei der Entlassung März 30 ist sie vollkommen gesund, macht aber einen debilen Eindruck.

Behandlungsdauer: 1 Monat, 10 Tage.

Erfolg der Schlafkur: W e s e n t l i c h e B e s s e r u n g.

20) A., M., 43 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Akuter schizophrener Erregungszustand (Paranoide Schiz.).

Keine direkte erbliche Belastung. In der mütterlichen Linie Alkoholabusus. Pat. war stets impulsiv, aufgeregt, nervös. In den letzten Monaten zu Hause viel Aufregung, da Ehemann politisch anders eingestellt war. Einige Tage vor der Einlieferung glaubte sie, eingesperrt zu werden, das Dienstmädchen sei eine Spionin, Verschwörungen bestünden gegen sie. Machte sich Selbstvorwürfe, war ängstlich, jammerte. Hätte keinen Freischein ins dritte Reich, gehörte darum neben Christus ans Kreuz genagelt.

Seit Pat. bei uns ist (Okt. 33), ist sie zuerst ruhig, wird aber bald sehr unfriedlich, ist vollkommen desorientiert, verkennt ihre Umgebung. Redet wirr

durcheinander, schreit laut und ängstlich erregt. Muß im Dauerbad gehalten werden. Täglich 3 Spritzen Hyoscin und Morphium und 0,6 Luminal per os; wird aber nur teilweise genommen. Dabei Drang zur Selbstbeschädigung. Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung. Wegen der großen motorischen Unruhe ist die körperliche Untersuchung der Pat. sehr erschwert. Ein krankhafter Befund an Herz und Lunge wird jedoch weder von uns noch von der hinzugezogenen medizinischen Univ.-Klinik erhoben.

Daher Einleitung eines Dauerschlafs (Avertin). Weiterer Verlauf am gleichen Tage: 5 Stunden Schlaf, 5 Stunden Dämmerzustand. Gegen die daraufhin wieder einsetzende Unruhe Luminal. Körperliche Kontrolle am folgenden Tag: Pulmo: Rechts Dämpfung bis zur Scapula, Giemen und Brummen, verschärftes Atmen. Zunehmende Unruhe und Verfall, Selbstbeschädigung. Herz noch kräftig, deshalb erneute Avertingabe. Pat. schläft nach 5 Minuten, nach weiteren 5 Minuten Cyanose, Herz auf Herzmittel kräftig, Atmung trotz CO_2 immer schlechter, Nachlassen der Herztätigkeit. Künstliche Atmung ohne Erfolg. ¾ Stunde nach Beginn der Narkose Exitus letalis.

Sektion wurde uns verweigert.

Klinikaufenthalt: 6 Tage.

Erfolg der Schlafkur: — — —

21) F., M., 21 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagnose: Hebephrenie.

Eine Verwandte der Mutter, 1 Schwester des Vaters nervenkrank. Eltern und 4 Geschwister gesund. Pat. prämorbid ruhig, solide, nicht auffallend lebhaft, gesellig, arbeitete gern. Von Oktober 26 bis Sept. 27 erstmals in hiesiger Klinik, wurde als „geheilt" entlassen. Klagte seit 14 Tagen vor der 2. Aufnahme (Nov. 29) über Kopfschmerzen, schlechten Schlaf und akustische Halluzinationen. Stünde mit einem Fernkabel in Verbindung.

Hier örtlich, zeitlich gut orientiert, aber sehr unruhig, singt, stöhnt vor sich hin, wirkt theatralisch, unecht. Führt pathetische Reden. Schimpft, schreit in den derbsten Ausdrücken. Auf Fragen antwortet sie mit sinnlosen Reden. Im Dezember 29 Dauerschlaf (Avertin; 3 Tg.). Danach keine Besserung. Weiter spielerisch erregt; Zustand verschlimmert sich allmählich. Ist vollkommen desorientiert, verwirrt: „Ich gehöre Mussolini! Sie sollen sich jede Atmung überlegen, jede Atmung mit Rückenmarksvergiftung. Ich bin eine Frankfurter Chefin." Grimassiert. Schimpft auf ihre Angehörigen. Erregung läßt dann nach, Pat. bietet ein stuporöses Bild, liegt zusammengekrümmt unter der Bettdecke, ist vollkommen autistisch. Gelegentlich weltfernes Lächeln, ist vollständig passiv, unsauber.

Juli 31 entlassen: Nicht gebessert.

Behandlungsdauer: 1 J. 8 Mte.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

22) B., E., 24 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Paranoide Schizophrenie.

Kein Anhaltspunkt für erbliche Belastung. 4 Geschwister leben, sind gesund. 2 davon sehr „nervös". Pat. hatte als Kind Grippe, die „auf Herz und Nieren gezogen sei". Von der Zeit an viel Herzbeschwerden. Sonst normale Entwicklung. In der Schule gut gelernt. Periode immer unregelmäßig, setzte oft längere Zeit aus. War im Haushalt tätig. Konnte seit Mai 33 nicht mehr gut arbeiten, wurde sehr aufgeregt, sprang nachts häufig aus dem Bett. Weltuntergangserlebnis: „Eine Donnerstimme hat mir das gesagt." Optische und akustische Halluzinationen. Vergiftungsidee, Angst vor sich und der Umgebung. Zeitweise Besserung. Plötzlich Suicidversuch. Darum Einweisung in unsere Klinik (Aug. 34).

Hier ist Pat. zuerst geordnet und ruhig, keineswegs auffällig, hat Krankheitseinsicht. Ab und zu jedoch hört sie noch Stimmen. Arbeitet dabei aber

fleißig auf der Station. Plötzlich motorisch sehr erregt, läuft dauernd auf und ab, drängt fort, da optische, akustische und Geruchshalluzinationen sie plagen. Erneut Weltuntergangserlebnis. Religiöse Selbstvorwürfe.

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tge.) im Oktober 34. Zunächst sichtliche Besserung. Allmählich jedoch erneut Verschlechterung. Pat. möchte umgebracht werden, glaubt sich vergiftet, verloren. Verzweifelte Stimmung. Im Vordergrund paranoide Ideen. Zustandsbild wird zunehmend stationär, darum im April 35 Anstaltsüberführung.

Klinikaufenthalt: 7 Monate, 23 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Vorübergehende leichte Besserung.

23) G., A., 31 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Paranoide Schizophrenie.

1 Onkel war kurze Zeit in einer Nervenklinik. Eltern und 5 Geschwister leben, sind gesund. Vater leicht aufgebracht und zornig. Pat. schon als Kind jähzornig. 1925 Heirat, Ehe nicht gut, 2 gesunde Kinder. Während der letzten Schwangerschaft äußerst schwierig, stellte an den Mann erhebliche Ansprüche, war sehr mißtrauisch. Pat. selbst brutal, außerordentlich starrköpfig, wenig zugänglich, neigte zu Affektausbrüchen, in denen sie alles zusammenschlug. Dez. 34 grundlos von Hause fortgelaufen. Ging in Stellung. Verkannte Personen, war mißtrauisch, war von April bis Anfang Juli in einer Anstalt, nicht geheilt. Glaubte sich ständig beobachtet, verfolgt, verhext, hatte einen starken Zerstörungstrieb, äußerte religiöse und Versündigungsideen. Seit dieser Zeit Ausbleiben der Menses. Wurde Juli 35 hier eingeliefert.

Hier zuerst sehr ruhig, Krankheitseinsicht. Arbeitet fleißig. Umschlag in ein stuporöses Bild, steht lange und unbeweglich in einer Ecke, verweigert Nahrung. Ausdruck: ängstlich gespannt, ratlos. Plötzlich Erregung, reißt sich büschelweise die Haare aus, wirft sich auf den Boden, schlägt und beißt. Zweimal nacheinander Suicidversuch. Deshalb Sept. 35 Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tge.). In den zwei ersten Tagen äußerlich ruhiger, ist noch sehr gespannt, gequält. Abermals Suicidversuch. Dann depressives Zustandsbild mit Versündigungsideen, Selbstbeschädigungstendenzen. Hat religiös-ekstatische Erlebnisse: Glaubt sich auf der Seelenwanderung. Häufig bewußtseinsgetrübt. Wird Mitte Okt. ungeheilt von ihrem Mann nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 3 Monate, 11 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

24) W., E., 31 Jahre, verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Katatoner Erregungszustand.

Pat. ist erblich belastet. 2 Brüder des Großvaters väterlicherseits geistesgestört, in der Anstalt gestorben. Eltern, 3 Schwestern und 3 Kinder der Pat. leben, sind gesund. Selbst stets gesund gewesen, nie besonders auffällig. Seit der letzten Geburt Mai 1929 müde, nervös, empfindlich und reizbar. Im Oktober 29 einen religiösen Vortrag besucht. Von da an vollkommen verändert. Sah den Prediger als den Heiland an, habe in ihm einen überlegenen Geist gespürt, glaubte, von ihm überwältigt zu sein und bezeichnete sich als Auserwählte. Äußerte, sie habe Leben empfangen, sei wie Maria bestimmt, einen Gottessohn zu gebären. Hat viel von Weltuntergang geredet, war zeitweise sehr erregt. Nov. 29 hier eingeliefert.

Sie ist sehr wild, tobsüchtig, rücksichtslos gewalttätig gegen sich, die Mitkranken, gegen die Pflegerinnen. Schimpft in den häßlichsten Ausdrücken. Halluziniert stark. Tritt heftig mit den Füßen, schlägt grundlos, sinnlos um sich, sobald sich ihr jemand nähert. Läßt nichts an sich geschehen, deutet alles als Vergiftung oder sonstige Schädigung. Nahrungsverweigerung. Mehrmals feuchte Packungen, erhielt starke Narkotika. Jedoch keine sichtbare Wir-

kung. Anfang Dezember 29 wird Dauerschlaf (3 Tg.) durchgeführt. (Avertin.)

Pat. ist nachher so geordnet, daß sie in ein ruhiges Zimmer verlegt wird. Fühlt sich erleichtert, glaubt, der Gesundung entgegen zu gehen. Krankheitseinsicht. Körperlicher und psychischer Zustand bessern sich zusehends. Pat. jetzt affektiv natürlich, gut zugänglich, erzählt ihre Krankheitserlebnisse und verläßt Januar 30 die Klinik als gebessert.

Behandlungsdauer: 54 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Wesentliche Besserung.

25) H., G., 27 J., ledig, Schneiderin. Klin. Diagn.: Katatoner Erregungszustand (Schizophrenie).

Keine erbliche Belastung. Pat. war früher lebhaft, heiter, aber etwas eigensinnig, launisch, gelegentlich verschlossen, mißtrauisch. Seit dem Tod der Mutter Februar 31 stiller, ernster, hat viel sinniert, wenig mehr gesprochen und geschlafen. Seit Mai oft schwermütigen Eindruck gemacht, dabei einen Blick gehabt, „wie wenn Feuer hinausfahre". Drei Wochen vor der Einlieferung mehrere Erregungszustände des Nachts, tobte und schrie immer: „Oh, meine Mutter!"

Bei der Ankunft hier (August 31) sehr erregt, verwirrt. Spricht nur vom Tod der Mutter, von Gott, Wunder und Wunderblume. Aus einem Schnitt ihres linken kleinen Fingers sei die Wunderblume entstanden. „All die Verrückten muß ich gesund machen." Betet laut mit theatralischer Stimme. Zertrümmert mit dem rechten Ellbogen eine Scheibe. Trägt eine 10 cm lange, klaffende Schnittwunde davon. Reißt einige Male den Verband ab, beißt sich die Unterlippe und ein Fingerglied ab.

Darum sofort Dauerschlaf (Avertin; 8 Tg.). Der erregte Zustand besteht dann aber nach wie vor. Selbstbeschuldigungen: Habe die ganze Menschheit auf dem Gewissen. Sieht den Teufel, hört Gottes Stimme. Dabei verschlechtert sich der Körperzustand allmählich: Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung nötig. Zahlreiche, furunkulöse Hautabszesse. Der verletzte Arm ist stark entzündlich infiltriert, Lippenwunde heilt einschrumpfend. Allmählich lassen Erregungszustände nach; es entwickelt sich ein stuporös-katatones Bild. Pat. hat stundenlang ihren Zopf im Mund, glaubt, es sei ihr Telefon. Massenhaft akustische und optische Halluzinationen. Im Oktober 31 Exitus letalis an interkurrenter Infektion (Diphterie).

Klinikaufenthalt: 1 Monat, 20 Tage.
Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

26) R., M., 36 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagnose: Katatoner Erregungszustand (Schizophrenie).

Erblich nicht belastet. Der jetzige 3. Krankheitsschub trat im Anschluß an eine Geburt auf. Nach den ersten Schüben wurde sie „geheilt" aus der Anstalt entlassen.

Bei der hiesigen Aufnahme (Dezember 31) befindet sie sich in großer motorischer Unruhe, schlägt um sich, wälzt sich im Bett, stößt laute, zusammenhanglose Worte hervor, sodaß sofort eine Dauerschlafkur (Avertin; 4 Tg.) eingeleitet wird. Diese bringt jedoch keinen Erfolg. Pat. zerreißt Kleider und Wäsche, ist sehr unsauber, beschmiert sich und Gegenstände mit Kot. Redet wirr durcheinander, verweigert teilweise die Nahrung. Wird im April 32 ungeheilt in eine Anstalt überführt.

Klinikaufenthalt: 4 Monate.
Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

27) L., L., 33 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Katatone Erregung (Schizophrenie).

Keine erbliche Belastung. Pat. seit einigen Jahren verändert: Leicht reizbar und aufgeregt, oft recht unverständlich heftig gegen die Kinder. Ende Nov. 34 Schlaflosigkeit, sprach nachts laut, lief unruhig in der Wohnung umher. War eifersüchtig auf die Verwandten des Mannes. Weinte ohne ersichtlichen Grund. In den letzten Tagen vor der Aufnahme ausgesprochener Drang, allein zu sein. Sprach mit keinem Menschen. Deshalb Ende Dez. 34 Einweisung in die Klinik.

Die Kranke ist örtlich desorientiert, im Denken vollkommen zerfahren, hat verschrobene Ausdrucksweise, krankhafte Eigenbeziehung, grimassiert stark. Stöhnt laut vor sich hin. Ist sehr gespannt, zerreißt ihre Kleidung, schlägt um sich, spuckt, ist gegen die Umgebung sehr aggressiv. Mitte Januar 35 Einleitung des Dauerschlafs (Paraldehyd; 4 Tg.). Vorübergehend ruhiger, geordneter. Im allgemeinen aber noch recht gespannt, ist kaum zu halten, aggressiv: Wirft mit Bänken und Blumentöpfen, zeigt mannigfache katatone Haltungen, ist vollständig zerfahren. Zerreißt ihre Kleidung. Gibt über psychotische Erlebnisse keine Auskunft. Wird im März 35 im katatonen Zustand nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 2 Monate, 22 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

28) H., L., 25 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Katatoner Stupor.

Vater und 10 Geschwister gesund, Mutter an Herzschwäche gestorben. Ein Großonkel mütterlicherseits nervenkrank. Pat. normale Kindheit. Menses regelmäßig. Kranke war stets lustig, aufgeweckt und lebhaft. Febr. 1934 Partus, normal. Anschließend fiel ihr die Arbeit schwer. Seit Sept. 34 glaubte sie, Leute sprächen und lachten über sie. Dez. 34 Suicidversuch durch Aufschneiden der Pulsader. 3 Monate im Krankenhaus, während dieser Zeit Ausbleiben der Menses. Anschließend war Pat. wieder ruhig, geordnet. Anfang Juli 35, mit Eintritt der Periode erneut Veränderung. Pat. stand regungslos auf einem Fleck, antwortete nichts mehr. Dann lief sie plötzlich fort, „das Haus gehöre ihr nicht". Schlief und aß nicht. Wurde sofort hier eingeliefert.

Zeigt: Hochgradige Hemmung, verkrampften Gesichtsausdruck, ängstlich-stereotype Bewegung. Ist mutistisch. Psychosomatische Sensationen: Sei nicht mehr auf der Welt, habe vor 1000 Jahren gelebt. Findet sich aber plötzlich augenblicksweise wieder. Sogleich Einleitung eines

Dauerschlafs (Paraldehyd; 5 Tg.).

Unverändertes Zustandsbild. Gesichtsausdruck ein wenig freier. Kranke ist unsauber. Beißt ihre Pflegerinnen. Nimmt stundenlang katatone Haltungen ein (hält ihren Zopf in der Hand, kneift dabei die Augen zu, steht mit ausgestreckten Händen regungslos usw.). Allmählich wird Pat. etwas freier. Kennt ihre Umgebung mit Namen. Ist zeitlich, örtlich desorientiert. Stupor zeitweise von abrupten Affektausbrüchen durchbrochen, in denen Pat. flucht und schimpft; wird aber ebenso rasch wieder stuporös. Äußeres Verhalten einigermaßen geordnet. Wird ungeheilt in eine Anstalt verlegt.

Klinikaufenthalt: 3 Monate, 4 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

29) K., M., 50 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Cirkuläre Psychose (manisches Zustandsbild).

Keine erbliche Belastung. Pat.: Normale Entwicklung, lernte in der Schule gut, war stets heiter. 1908 Heirat. Ehe gut. 4 gesunde Kinder. Seit einigen Jahren, besonders zur Zeit der Periode, bestand keine Lust zur Arbeit. Pat. blieb dann den ganzen Tag im Bett, hatte Kopfschmerzen, war aufgeregt.

Diese Zustände ebbten aber schnell wieder ab. Im Anschluß an fieberhafte Angina (14 Tge.) wieder manische Erregung. Pat. kam dann September 34 hierher.

Ist motorisch sehr lebhaft, hat starken Rededrang, wirkt störend in der Nacht. Ist nicht zu fixieren, Ideenflucht.

Sofort Einleitung des Dauerschlafs (Paraldehyd; 5 Tg.). Gute Reaktion. Pat. ist geordnet, ruhig, gut orientiert. Äußert sich völlig klar über ihre Krankheit. Verläßt im Oktober 34 als gebessert die Klinik.

Behandlungsdauer: 1 Monat.

Erfolg der Schlafkur: Wesentliche Besserung.

30) A., M., 43 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Reaktive endogene Depression.

Eltern tot, waren nicht geisteskrank. 6 Geschwister und 6 Kinder gesund. Pat. hatte englische Krankheit, sonst immer gesund. Lernte gut, war stets fleißig und munter. 1918 Heirat. Von da an nervös, aufgeregt. 1934 depressiv, durch einen Wohnungswechsel ausgelöst. Lebensmüde, wollte sich erhängen. Aufnahme hier Juli 34.

Motorisch sehr unruhig, jammert und weint sehr laut, ist deutlich gequält. Macht sich Vorwürfe über ihr Benehmen Sorgt sich sehr um die Familie.

Dauerschlaf (Paraldehyd: 2 mal 5 Tage im August und September). Ängstlich-depressive Erregung ebbt ab. Stimmungslage subdepressiv. Pat. beschäftigt sich, hat Krankheitseinsicht. Dezember 34 aus endogener Ursache heraus nochmals ängstliche Unruhe und Depression. Der gleiche Zustand wie früher. Februar 35 Besserung, nach Hause entlassen.

Behandlungsdauer: 7 Monate, 10 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

31) L., C., 30 J., ledig, Dienstmädchen. Klin. Diagn.: Endogene Depression.

Erheblich belastet. Mutter und 1 Bruder waren wegen Schwermut in einer Anstalt. 1 Bruder der Patientin, Urgroßvater väterlicherseits, 1 Sohn der Schwester des Vaters begingen Suicid. Vater gestorben (Arteriosklerose). 5 Geschwister gesund, 1 Schwester schwermütig. Pat. war stets etwas schwächlich, lernte nicht gut, war im Wesen freundlich, lebte still und zurückgezogen, war sehr empfindlich. In Stellungen gute Leistungen. Dez. 34 Verletzung am rechten Zeigefinger, wurde amputiert. Seit dieser Zeit schlaf- und appetitlos, weinte viel, war traurig, arbeitete nicht mehr. Suicidversuch. Zum 1. Mal in hiesiger Klinik von März bis Juli 28; (gebessert entlassen). Arbeitete von da an wieder gut, war unauffällig und lebensfroh. Im Anschluß an Angina (Juli 34) Depression. Arbeitsunlustig, unruhiger Schlaf. Juli 34 zweite Aufnahme.

Pat. bringt inhaltsleere Klagen vor, ist deutlich gehemmt. Begeht Selbstmordversuch durch Erhängen.

Darum im Oktober 34 Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Deutliche Erleichterung. Beschäftigt sich. Mimik und Haltung jedoch verkrampft. Kann über Erlebnisse keinen Aufschluß geben, ist aber im großen ganzen weniger gehemmt. Plötzlich erneuter Selbstmordversuch. Ausgesprochenes Taedium vitae. Ungeheilt in Anstalt überführt.

Klinikaufenthalt: 4 Monate, 9 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Leichte Besserung.

32) K., R., 49 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Depression.

Schwester des Vaters im Klimakterium schwermütig, endete durch Suicid. Pat. als Kind stets ernst und gewissenhaft, gelegentlich auch heiter. 1908 zum

ersten Mal ohne äußeren Anlaß schwermütig. War 4 Monate in der Anstalt. Dann wieder vollkommen gesund. Seit Sept. 34 gemütlich deutlich verändert, gedrückt, machte sich Vorwürfe, hatte Angst, sie würde geholt. Periode bis dahin angeblich regelmäßig, blieb dann aus. Allmählich Verschlechterung des Zustandes. Pat. aß und schlief nicht mehr, jammerte laut und wollte fort. Okt. 34 hier eingeliefert.

Großer Selbstbeschädigungstrieb, Suicidgedanken.

Dauerschlaf (Paraldehyd; 6 Tg.).

Anschließend ist die ängstliche Erregung erheblich vermindert. Die Depression ist noch stark ausgeprägt. Nach und nach wird die Kranke freier, ruhiger, hat Krankheitseinsicht. Febr. 35 als gebessert nach Hause entlassen.

Behandlungsdauer: 3 Monate, 18 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

33) B., K., 46 J., ledig, Haushälterin. Klin. Diagn.: Endogene Depression.

Urgroßmutter beging Suicid. Großmutter väterlicherseits gemütskrank. Vater vorübergehend schwerleibig. Pat. als Kind gesund, Menses regelmäßig. Mit 20 Jahren Kropf mit sekundären Herzbeschwerden. Sollte Januar 35 operiert werden. Seit der Zeit Angst, heftige Kopfschmerzen, Gedächtnis ließ nach. Die Kranke grübelte, hörte die Stimme des Satans: Sie sei verloren.

April 35 Einlieferung in die Klinik. Hier unverändertes Bild. Durch Besuch des Bruders wird Pat. ängstlich erregt, schreit wie ein Tier, wälzt sich auf dem Boden, schlägt mit den Beinen, ist nicht zu beeinflussen.

Mai 35 Dauerschlaf (Paraldehyd; 4 Tage). Bei Einleitung der Kur bestand eine Parotitis, die aber am 2. Tag der Kur abklang. Am 4. Tag plötzlich Temperatur bis 39,4; Kur wird sofort abgebrochen. Trotz Kreislaufmittel bleibt Puls sehr klein und rasch. 3 Tage nach Abbruch der Schlafkur Exitus letalis an Bronchopneumonie.

Klinikaufenthalt: 1 Monat, 14 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Nicht zu entscheiden.

34) B., C., 58 J., ledig, Haushälterin. Klin. Diagn.: Endogene Depression.

Keine erbliche Belastung. Pat. als Kind weder besonders lustig, noch besonders traurig. Keine Neigung zu andern Menschen. Wollte ins Kloster gehen. Lebte lange Zeit allein im elterlichen Hause. Ende 34 plötzlich Angst vor dem „Alleinsein". Wurde unruhig. Bemerkte den „bösen Feind" in sich, der ihr sagte, es würde nicht mehr gut mit ihr. Lebte in dem Wahn, alle Leute wüßten über sie Bescheid. Seit April 35 bei uns.

Hier jammert sie ständig vor sich hin. Hat schweren Verschuldigungswahn, glaubt, sterben zu müssen. Bellt zeitweise wie ein Hund, da sie Hunde im Leib habe. Ist unsauber, beschmiert sich mit Stuhl, wirft mit Essen und schlägt Pflegerinnen. Ist triebhaft-hemmungslos. Mai 35

Dauerschlaf (Paraldehyd; 5 Tage). Erfolg: Motorisch zwar ruhiger, klagt aber noch ständig. Versündigungswahn läßt nach; Stimmung ist weiter depressiv. Juli 35 ungeheilt nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 4 Monate.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

35) M., A., 56 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Depression.

1 Schwester und 1 weitere Verwandte des Vaters schwermütig; 1 Bruder schwachsinnig. Pat. erkrankte 1918 an schwerer Grippe. Seit dieser Zeit starke Herzbeschwerden. 1919 4 Wochen in einer Anstalt wegen dauernden Schreiens (Gebärmutter hätte ihr auf die Stimme gedrückt). Versündigungs- und Verkleinerungsideen. Wurde als gebessert entlassen. In den letzten 5 Wochen

jammerte sie dauernd grundlos. Hatte Bangigkeitsgefühl in der Brust, Drang zum Schreien. Von Okt. 34 bis Jan. 35 in hiesiger Klinik.

Hier zuerst ruhig, macht klare und geordnete Angaben, leicht depressive Steigerung in dem Gedanken, nie mehr gesund werden zu können. Plötzlich kommt große motorische Unruhe über sie, ist geplagt, jammert hoffnungslos und verzweifelnd vor sich hin.

Dauerschlaf (Paraldehyd; 6 Tage) Dez. 34. Erregung hat sichtlich nachgelassen. Trotzdem ist die Kranke noch gehemmt und niedergeschlagen. Wird ungeheilt von den Angehörigen geholt.

Behandlungsdauer: 3 Monate.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

36) D., F., 33 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Manie mit schizoidem Einschlag (Mischpsychose).

An erblicher Belastung nichts zu eruieren. 1919, 1923 in der Anstalt gewesen. Beide Male geheilt entlassen. Einige Tage vor der hiesigen Aufnahme Pat. akut erkrankt, starkes Gefühl innerer Veränderung, abrupter Stimmungswechsel, Halluzinationen.

Juli 30 bei uns aufgenommen. Bietet psychomotorischen Erregungszustand mit oneiroiden Erlebnissen.

Nach einem Dauerschlaf (Avertin; 3 Tage) im August 30 klingt Erregung schnell wieder ab. Das klinische Zustandsbild nähert sich zusehends einer Heilung, es besteht Krankheitseinsicht. Wird September 30 entlassen.

Behandlungsdauer: 1½ Monate.

Erfolg der Schlafkur: Wesentliche Besserung.

37) St., M., 38 J., ledig, Haustochter. Klin. Diagn.: Schizophrenie (hysterische Konstitution).

Eltern sind gestorben. Vater der Pat. Trinker (Quartalsäufer?). Sie selbst stets sehr zart gewesen. Mit einem Bruder Teilhaberin einer großen Fabrik. Glaubte, von ihm übervorteilt zu werden, ist deshalb mißtrauisch, leicht erregbar, streitsüchtig. Ließ den Bruder durch einen Detektiv beobachten. Kurz vor ihrer Aufnahme im Anschluß an eine Auseinandersetzung mit dem Bruder Zusammenbruch. Meinte, von ihm vergiftet und ihrer Unschuld beraubt zu werden. War verwirrt, äußerte: „Du bist ja ganz klein, bist Du der Herrgott oder das kleine Thereschen?“

Bei der Aufnahme Februar 30 sehr erregt, ängstlich, zornig. Will sofort wieder aus dem Zimmer. Im Vordergrund Vergiftungsidee: Will Morphium schmecken und in jedem Zimmer riechen. Möchte sich immer mit dem Arzt aussprechen, der gerade nicht anwesend ist (Negativismus). Manierte Bewegungen. Pat. scheint sich in ihrer Rolle recht interessant vorzukommen. Gerät plötzlich in eine katatone Erregung, läuft im Zimmer auf und ab, schreit immer wieder: „So richtet mich doch hin, schlagt mir den Kopf ab.“ Ausdruck ängstlich gespannt; Verfolgungswahn: „Mädchenhändler schaffen mich noch fort.“

Dauerschlaf (Avertin; 3 Tage). Anschließendes Zustandsbild unverändert: Motorische Unruhe, Angst, Pat. jammert laut, drängt fort. Wird 14 Tage später vom Bruder ungeheilt in eine Anstalt gebracht.

Klinikaufenthalt: 1 Monat, 3 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Keine Besserung.

38) N., C., 59 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Manisch-depressives Irresein (angeborener Schwachsinn 1. Grades).

Mutter und Tochter in einer Anstalt gewesen, Mutter wegen Schwermut. Vater war Abenteurer, typischer Poriomaner. 1 Sohn siebenmal vorbestraft. Pat. unehelich geboren. In der Jugend, in der Ehe zunächst nichts Auffälliges.

Seit 1912 der Umgebung als verändert aufgefallen. Pat. wurde streitsüchtig, geriet mit Hausbewohnern und Nachbarn aneinander, konnte mit Geld nicht mehr richtig umgehen. Wurde schmutzig, vernachlässigte sich. Der Ehemann stellte Scheidungsantrag. Wurde aber abgelehnt, dafür Entmündigung wegen Geisteskrankheit. Lebte seitdem in einem Altersheim. 1925 Anstaltseinweisung „Gemeingefährlichkeit". (Erregungszustände mit Wahnideen, Drohungen gegen fremde Personen, Suicidabsichten.) In der Anstalt bot sie langdauernde, von häufigen depressiven Phasen durchbrochene manische Erregung. Gebessert entlassen. Anstaltsgutachten: Entmündigung wurde daraufhin aufgehoben. Die nächsten Jahre im Altersheim, außer gelegentlichen Erregungszuständen nichts Auffälliges. Verließ plötzlich grundlos das Heim, erhob mit dem mehrmals vorbestraften Sohn Pflichtteilsklage gegen die Kinder (der mittlerweile verstorbene Mann hatte Frau und Sohn enterbt). Daraufhin ein Entmündigungsantrag der ältesten Tochter, der zur Einweisung in unsere Klinik im November 34 führte.

Hier hochgradig manischer Erregungszustand, motorische Unruhe, gedankliche, sprachliche Verwirrtheit. Einleitung eines

Dauerschlafs (Paraldehyd; 5 Tage). Anschließend ist Pat. etwas beruhigt, vor allem äußerlich geordneter, besonnener. Wird im März 35 (mittlerweile zum 2. Male entmündigt) wenig verändert gegenüber dem Aufnahmezustand in eine Anstalt überführt.

Klinikaufenthalt: 4 Monate.

Erfolg der Schlafkur: Besserung.

39) D., R., 46 J., verh., Hausfrau. Klin. Diagn.: Endogene Verstimmung bei debiler Psychopathin.

Familie o. B. Pat. war 1909 einen Monat in der hiesigen Klinik wegen Hysterie. Wurde als geheilt entlassen. Angeblich im Anschluß an tödliche Verunglückung eines Sohnes Ende 33 nicht mehr „recht" im Kopf, hätte zeitweise Anfälle, grübelte Tag und Nacht, wurde in der letzten Zeit sehr unruhig. Wird Febr. 35 hier eingeliefert.

Pat. ist sehr unruhig, zeitlich, örtlich desorientiert, verkennt ihre Umgebung vollkommen. Jammert und schreit, deutliche innere Unruhe. Hört Stimmen, die aus Decke und Fußboden kommen. Nach dem

Dauerschlaf (Paraldehyd; 6 Tage) im März 35 bedeutend ruhiger, jammert weniger, arbeitet etwas mit. Macht aber über ihre Krankheit, trotzdem sie äußert, alles zu wissen, was sie durchgemacht hat, wenig Angaben. Benimmt sich den Mitkranken gegenüber recht sonderbar: Eignet sich deren Waschlappen und Seife an, obwohl sie diese Gegenstände selbst besitzt. Hält die Kinder anderer Frauen für die eigenen. Macht ganz den Eindruck einer debilen Psychopathin. Juni 35 geheilt entlassen.

Behandlungsdauer: 3 Monate, 16 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Besserung (Nachlassen der Erregung).

40) B., Ch., 59 J., verw., Hausfrau. Klin. Diagn.: Erregungszustand (arteriosklerotische Grundlage).

1 Schwester der Mutter und mehrere Glieder der mütterlichen Familie gemütskrank. Pat. selbst war fröhlich, allerdings etwas menschenscheu. Sept. 34 plötzlicher Tod des Mannes. Seither fühlte sie sich unglücklich, verlassen, war ängstlich, lief im Hause umher, war gewalttätig gegen ihre Umgebung. Deshalb Febr. 35 hier eingeliefert.

Äußerlich und innerlich ist Pat. sehr unruhig. Jammert, und bringt stereotyp dieselben Bitten vor: Könne keine Gitter sehen, brauche frische Luft. Gegen Schwestern und Patientinnen sehr aggressiv, spuckt ihnen ins Gesicht; ist aber völlig orientiert. März 35

Dauerschlaf (Paraldehyd; 6 Tage). Zunächst etwas Besserung. Die Kranke ist tagelang geordnet, ruhig, arbeitet mit. Dann wieder unruhig, schreit, jammert in monotoner Weise und äußert stereotyp ihre alten Wünsche. Ißt mehrere Portionen. Wird aggressiv. Im Juli 35 ungeheilt nach Hause geholt.

Behandlungsdauer: 4 Monate, 24 Tage.

Erfolg der Schlafkur: Vorübergehende leichte Besserung.

GESAMT-FÄLLE:

A. Gruppe: Schizophrenie.

I. SCHIZOPHRENIE (Zustandsbilder mit schizophrenen Allgemeinsymptomen)

Therapie: a) Avertin		(2 Fälle)
	1) Wesentliche Besserung:	0
	2) Besserung:	1
	3) Keine Besserung:	1
b) Paraldehyd		(16 Fälle)
	1) Wesentliche Besserung:	0
	2) Besserung:	6
	3) Keine Besserung:	10

II. HEBEPHRENIE

Therapie: a) Avertin		(1 Fall)
	1) Wesentliche Besserung:	0
	2) Besserung:	0
	3) Keine Besserung:	1
b) Paraldehyd		(0 Fälle)

III. PARANOIDE SCHIZOPHRENIE

Therapie: a) Avertin		(2 Fälle)
	1) Wesentliche Besserung:	1
	2) Besserung:	0
	3) Keine Besserung:	0
	4) Todesfall:	1
b) Paraldehyd		(2 Fälle)
	1) Wesentliche Besserung:	0
	2) Besserung:	1
	3) Keine Besserung:	1

IV. KATATONIE

Therapie: a) Avertin		(3 Fälle)
	1) Wesentliche Besserung:	1
	2) Besserung:	0
	3) Keine Besserung:	2
b) Paraldehyd		(2 Fälle)
	1) Wesentliche Besserung:	0
	2) Besserung:	0
	3) Keine Besserung:	2

B. Gruppe: Manisch-Depressives Irresein (vorwiegend Depressionen).

Therapie: a) Avertin (0 Fälle)

b) Paraldehyd (7 Fälle)

1) Wesentliche Besserung: 1
2) Besserung: 5
3) Keine Besserung: 0
4) Nicht zu entscheiden: 1

C. Gruppe: Mischpsychosen.

Therapie: a) Avertin (2 Fälle)

1) Wesentliche Besserung: 1 (mit man. Komponente)
2) Besserung: 0
3) Keine Besserung: 1

b) Paraldehyd (2 Fälle)

1) Wesentliche Besserung: 0
2) Besserung: 2 (mit man. Komponente)
3) Keine Besserung: 0

D. Gruppe: Erregungszustand auf arteriosklerotischer Grundlage.

Therapie: a) Avertin (0 Fälle)

b) Paraldehyd (1 Fall)

1) Wesentliche Besserung: 0
2) Besserung: 1
3) Keine Besserung: 0

GESAMT-WERTUNG:

Behandelte Fälle: 40.

1. Wesentliche Besserung:	4 Fälle
2. Besserung:	16 Fälle
3. Keine Besserung:	18 Fälle
4. Todesfälle:	1 Fall
5. Nicht zu entscheiden:	1 Fall

Wir haben unseren Fällen noch eine Gesamtaufstellung folgen lassen. Diese berücksichtigt:

1.) die Psychosen, bei denen ein Dauerschlaf indiziert war,
2.) das im einzelnen Fall angewandte Dauerhypnotikum,
3.) die oben besprochenen drei Erfolgskategorien.

Die größte Gruppe wird auch bei uns von der Schizophrenie gestellt. Bei 28 (Fall 1—28) schizophrenen psychischen Ausnahmezuständen wurde eine Schlafkur eingeleitet. Es ist bemerkenswert und mahnt zur Vorsicht in der Verwertung der Ergebnisse, daß der Erfolg der Schlaftherapie bei schizophrenen Erkrankungen erheblich geringer ist als zum Beispiel bei Fällen von cirkulärem Irresein. Von unseren Schizophreniekranken waren fast $^{2}/_{3}$ (Fall 1—18) solche Kranke, die Zustandsbilder mit ausgesprochen schizophrenen Allge-

meinsymptomen boten, die also nicht in eine der drei Untergruppen der Schizophrenie einzuordnen waren. Diese Patienten zeigten in ihrem psychotischen Ausnahmezustand nebeneinander hebephrene, wahnhafte und solche Äußerungen, die dem Bilde der erregten oder stuporösen Katatonie entsprachen. Bei diesen Kranken konnte kein Therapeut wissen, welches von den mannigfachen Syndromen im einzelnen Fall die Psyche vorwiegend beherrschte. Wir konnten ferner auch nicht wissen, ob diese schizophrenen Komplexpsychosen einer Therapie wie der unseren mit dem gleichen Erfolg zugänglich waren wie andere Psychosen. Die Reaktionsbereitschaft dieser Fälle (von 18 sind 7 gebessert = 38,8%, Fall 1, 3—8) liegt unter dem Gesamtwert unserer mit Erfolg behandelten Zustände. Immerhin zeitigte, es mag ein Zufallsbefund sein, Paraldehyd bei 6 (Fall 3—8) gebesserten zu 10 (Fall 9—18) ungebesserten Fällen eine gewisse beachtliche Wirkung.

Aber auch die Kranken mit gruppierbaren schizophrenen Symptomen (Hebephrenie, Fall 21; paranoide Schizophrenie, Fall 19, 20, 22, 23; Katatonie, Fall 24—28) sprachen auf unsere Behandlung nicht mit stärkerem Erfolg an (6 ungebessert, Fall 21, 23, 25—28; 2 wesentlich gebessert, Fall 19, 24; 1 gebessert, Fall 22). Ein Unterschied in der Wirkungsweise von Avertin und Paraldehyd ließ sich hierbei nicht feststellen. Gegen Avertin ist zu sagen, daß es in hiesiger Klinik einwandfrei einen Todesfall (Fall 20) im Gefolge hatte. Kontraindikationen für die Einleitung des Dauerschlafes bestanden in vorliegendem Fall an sich nicht. Wir dürfen in diesem Zusammenhang an die bereits angeführte Ansicht von Blume erinnern, nach der „das Avertin keine schädliche Wirkung auf das Atemzentrum habe"; Blume hält deswegen auch Erkrankungen der Atmungsorgane nicht für eine Kontraindikation zur Schlafkur. Von unserer Seite ließ sich die Weiterführung der Dauernarkose bei der Patientin durch deren „zunehmende Unruhe und Selbstbeschädigung" rechtfertigen. Dieser Exitus war für uns immerhin so überraschend, daß künftig Avertin nicht mehr verwendet wurde. Eine klare Feststellung der Todesursache kann nicht gegeben werden, da die Angehörigen die Sektion verweigerten.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß in unserem Aufnahmebezirk (Württemberg) die cirkulären Psychosen wohl etwas zahlreicher zur Behandlung kommen als in anderen Teilen Deutschlands. Ferner ist es eine Erfahrung der Nachkriegszeit, daß es sich dabei überwiegend, ja fast ausschließlich um Kranke mit depressiven Phasen handelt. Der Grund hierfür ist nicht zu ermitteln.

Auch bei unseren 7 cirkulären Fällen (Fall 29—35) handelt es sich vorwiegend um Depressionen. Die Schlafkur bei diesen wurde mit Paraldehyd durchgeführt. Der Erfolg hierbei ist nahezu 100%ig.

(Fall 29 wesentlich gebessert; Fall 30—32, 34, 35 gebessert; Fall 33 ist nicht zu entscheiden, da Patientin 3 Tage nach Abbruch der Kur an Bronchopneumonie ad exitum kam.) Wir dürfen unser günstiges Ergebnis wohl auf Konto der Dauernarkosewirkung setzen. Jedenfalls ist es auch für einen kritischen Beobachter klar, daß durch unseren therapeutischen Eingriff eine schlagartige Umstimmung der Persönlichkeit erzielt wurde, und sei es nur in dem Sinne, daß sich die Dauernarkose als beschleunigendes Moment in den Krankheitsablauf einschaltete. Es kann natürlich nicht bestritten werden, daß cirkuläre Psychosen ohne therapeutische Beeinflussung, selbst ohne solche psychotherapeutischer Art gleichermaßen zur Gesundung gelangen können. Genau so erwiesen ist es aber auch, daß Cirkuläre, vorwiegend solche mit depressiven Schwankungen, in ihren seelisch abnormen Phasen langdauernd verharren, wenn man sie aus irgendwelchen Gründen weder psychisch (bei besonders schweren, ängstlichen, kontaktunfähigen Formen) noch therapeutisch (Patienten mit allgemeiner Arteriosklerose, Herz- oder Lungenfehlern) beeinflussen kann. Die Schlaftherapie benützt im manisch-depressiven Formenkreis eine vorhandene günstige Reaktionsbasis und wirkt dadurch so überraschend gut in fast allen behandelten Fällen.

Die hohe Erfolgssicherheit der Dauerschlaftherapie bei manisch-depressiven Zuständen wird auch durch unsere 4 unter Mischpsychosen (Fall 36—39) zusammengefaßten Fälle bekräftigt. Bei 3 von diesen war eine cirkulär-psychotische Anlage vorhanden. Diese Kranken sprachen auf unsere Behandlung gut an (Fall 36 wesentlich gebessert; Fall 38, 39 gebessert). Bei der vierten Patientin (Fall 37) handelt es sich um eine Schizophrenie bei hysterischer Konstitution. Sie wurde durch die Schlafkur nicht gebessert.

Bei dem letzten Fall (40), Erregungszustand auf arteriosklerotischer Grundlage wurde vorübergehende Besserung im Sinne einer Ruhigstellung durch den Dauerschlaf erzielt. Ein endgültiger Erfolg trat jedoch nicht ein.

Die Anzahl der von uns durchgeführten Schlafkuren ist natürlich viel zu klein, als daß wir auf Grund unserer Erfolge und Mißerfolge abschließende Erfahrungen und Bewertungen geben können. Vor allen Dingen können wir die von einigen Autoren schon gestellte Frage nicht restlos beantworten: Bei welcher psychischen Erkrankung verspricht die Dauerschlafbehandlung von vorneherein eine Besserung?

Ein grundsätzlicher Zweifel daran, ob die Dauerschlaftherapie in der psychiatrischen Praxis überhaupt einen gültigen Platz beanspruchen kann, ist seit den überzeugenden Ausführungen Wietholds, Müllers, Izikowitz' u. a. wohl nicht mehr angebracht. Heute sind wir vor die Aufgabe gestellt, zu untersuchen und zu entscheiden, ob die Dauerschlafbehandlung bei allen Psychosen eine gleiche Wirk-

samkeit geltend machen kann, oder ob sie im Sinne bereits oben angedeuteter Fragestellung nur beschränkt verwendungsfähig ist.

Um hierin weiterzukommen, dürfen wir uns zunächst weder auf bestimmte psychische Erkrankungsformen noch auf ausgesuchte Patienten beschränken, die einen bestimmten Ausgang der Behandlung von vorneherein in irgendwelcher Richtung mehr oder weniger vermuten lassen. Wir müssen vielmehr an zahlreichen Erkrankungsfällen, wie sie uns das Leben dauernd in variabler Fülle zuführt, unsere Frage zur Lösung bringen. Diese Frage kann nicht in einer Klinik, auch nicht in einer Anstalt abgeschlossen werden, es muß von vielen Stellen aus danach geforscht werden, ob die Dauerschlafbehandlung bei bestimmten Psychosen das ist, was wir gerne annehmen möchten, aber noch nicht sicher entscheiden können: die souveräne Therapie bei akuten Erregungszuständen. Unsere Untersuchungen sollen hierzu einen kleinen Beitrag stellen.

Zusammenfassend können wir sagen:

1.) Als Dauerhypnotika benutzten wir Avertin und Paraldehyd. 10 Fälle wurden mit Avertin, 30 mit Paraldehyd behandelt. Einen grundlegenden Unterschied in der Wirkungsweise der beiden Medikamente konnten wir nicht beobachten. Durch Avertin hatten wir allerdings einen Todesfall, der uns von dessen weiterer Verabreichung Abstand nehmen ließ.

2.) Von den 40 behandelten Fällen sind 4 (Fall 19, 24, 29, 36) wesentlich gebessert,
16 Fälle (1, 3—8, 22, 30—32, 34, 35, 38, 39) gebessert.
Ein Erfolg unserer Schlafkur ist demnach bei 50% nachweisbar gewesen.

3.) Manisch-depressive Psychosen wurden durch unseren schlaftherapeutischen Eingriff meistens gebessert. Auch Mischpsychosen, bei denen eine cirkuläre Anlage mit vorhanden war, sprachen gleich günstig auf die Behandlung an.

4.) Schizophrene Erkrankungen, die in reiner Form Symptome einer Hebephrenie, einer paranoiden Schizophrenie oder einer Katatonie boten, verhielten sich gegenüber unserer Dauerschlafbehandlung auffallend resistent. Auch Zustandsbildern mit schizophrenen Allgemeinsymptomen, die also in keine der drei Schizophrenieuntergruppen eingeordnet werden konnten, war durch den Dauerschlaf nicht so häufig ein Erfolg beschieden. Von 18 Fällen (1—18) wurden 7 (Fall 1, 3—8) gebessert, 11 Fälle (2, 9—18) nicht gebessert. Der Erfolgsdurchschnitt der insgesamt behandelten Fälle in Höhe von 50% (siehe unter Ziffer 1) wurde bei der Gruppe Schizophrenie nicht erreicht.

5.) Unsere mitgeteilten Fälle, an die quoad Erfolgsbewertung ein bewußt strenger Maßstab angelegt wurde, ergeben eindeutig und bestätigen erneut, daß dem Dauerschlaf in der allgemeinen psychiatrischen Therapie eine wichtige Stellung zukommt, daß er vielleicht sogar für gewisse psychische Erkrankungsformen die souveräne Therapie zu sein verspricht.

Zum Schluß danke ich Herrn Professor Gaupp vielmals für die Anregung zu dieser Arbeit und seine Unterstützung bei ihrer Ausführung.

Benutzte Literatur:

Blume, G.: Über Avertin in der Psychiatrie. Dtsch. med. Wschr. 1927, Nr. 31.

— Zur Frage der Avertinnarkose. Dtsch. med. Wschr. 1929, Nr. 2.

Enke, W.: Das Problem der Dauerschlafbehandlung in der Psychiatrie. Münch. med. Wschr. 1929, Nr. 47.

Enke, W. und Westphal, K.: Avertin als Hypnotikum und Dauerschlafmittel in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 114/1928.

Hofmann, K.: Versuche mit der Dauerschlafbehandlung nach Wiethold und mit der Dauerschlafnarkose — Reizkörpertherapie. Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 507—511.

Izikowitz, S.: Über Schlafversuche mit Avertin-Amylenhydrat und Avertin bei Psychosen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 144/1933.

Kläsi, J.: Über die therapeutische Anwendung der „Dauernarkose" mittels Somnifen bei Schizophrenen. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 74/1922.

Müller, M.: Die Dauernarkose mit Somnifen in der Psychiatrie. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 96/1925.

— Die körperlichen Behandlungsmethoden (III.). Fortschr. Neur. u. Psychiatrie, VII. Jahrg., 1935, H. 9.

Oberholzer, H.: Die Dauerschlafbehandlung mit Somnifen und Luminal an der Psychiatrischen Klinik Burghölzli-Zürich. Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Bd. 110/1927.

Poulsson: Lehrbuch der Pharmakologie, 1930.

Schäfgen, H.: Zur Anwendung der „Dauernarkose" in der Psychiatrie. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 81/1927.

Wiethold, F.: Die Anwendung der Dauernarkose bei Geisteskranken. Münch. med. Wschr. 1927, Nr. 42.

— Weitere Erfahrungen mit der Dauernarkosebehandlung Geisteskranker. Münch. med. Wschr. 1925, Nr. 35.

Wuth, O.: Die medikamentöse Therapie der Psychosen. Allg. Zschr. f. Psychiatrie, Bd. 94/1931.

LEBENSLAUF.

Ich bin geboren am 18. Januar 1910 als Tochter des Architekten Wilhelm Verhülsdonk zu Uedem, Kreis Kleve. Von 1916—1923 besuchte ich die Volksschule in Uedem und erhielt Ostern 1930 das Zeugnis der Reife an der Staatlichen Aufbauschule Xanten.

Nach einem fünfsemestrigen naturwissenschaftlichen Studium an den Universitäten Bonn, Freiburg, Kiel, bestand ich Ostern 1934 die ärztliche Vorprüfung in Würzburg. Meine klinischen Semester verbrachte ich in Köln und Tübingen und machte im W.-S. 1935—36 in der Tübinger Nervenklinik bei Herrn Prof. Gaupp meine vorliegende Dissertation. Am 18. Januar 1937 beendete ich mein medizinisches Staatsexamen vor dem Tübinger Prüfungsausschuß und promovierte am 29. 1. 1937. Das Praktische Jahr begann ich an der Orthopädischen Prov.-Kinderheilanstalt Süchteln (Rhld.) am 1. 2. 1937.